



Universidade de Brasília – UnB  
Departamento de Serviço Social – SER  
Curso de Graduação em Serviço Social

As Manifestações da Incidência da Intensificação do Trabalho no Quadro de Benefícios  
Previdenciários por Incapacidade Laboral no Brasil: uma análise do período de 2010 a 2014

Kessy Johny Pereira Mota da Silva

Brasília/DF

2017

Kessy Johny Pereira Mota da Silva

As Manifestações da Incidência da Intensificação do Trabalho no Quadro de Benefícios  
Previdenciários por Incapacidade Laboral no Brasil: uma análise do período de 2010 a 2014

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob orientação do Professor Doutor Evilasio da Silva Salvador.

Brasília/DF

2017

## **Folha de Aprovação**

Kessy Johny Pereira Mota da Silva

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob orientação do Professor Doutor Evilasio da Silva Salvador.

## **Banca examinadora**

---

**Prof. Dr. Evilasio Salvador (SER/UnB)**

(Orientador)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lúcia Lopes da Silva**

(Membro Interno do SER/UnB)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréia de Oliveira**

(Membro Interno do SER/UnB)

*“Palavras são, na minha nada humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia. Capazes de formar grandes sofrimentos e também de remediá-los.” (Alvo Dumbledore – Harry Potter e as Relíquias da Morte)*

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus que guiou todos os meus passos na vida tanto pessoal como na academia. Dando-me forças para seguir quando pensei em desistir e iluminando meu caminho sempre.

Agradeço aos meus pais Lucineide e Valterjames que durante toda minha vida me incentivaram a estudar e lutar pelo que quero. Agradeço porque se cheguei aonde cheguei foi tudo graças a eles. Se hoje sou quem sou tudo veio da educação que recebi de ambos. Muito obrigado por tudo.

Agradeço aos meus irmãos Joyce e Jhonata e ao meu primo Pedro que compartilham comigo o dia a dia em casa.

Agradeço a Professora Dra. Maria Lucia Lopes da Silva que com muita paciência me orientou no PTCC e mesmo eu não dando prosseguimento no TCC com ela me ajudou muito ao me auxiliar na base de tudo.

Agradeço ao meu orientador professor Dr. Evilasio Salvador que mesmo eu não tendo escrito o projeto de trabalho sobre sua orientação aceitou me auxiliar nessa fase final do curso.

Agradeço as amigas que o curso de Serviço Social me deu durante esses cinco anos de UnB e são amigas para sempre: Adima, Ana Paula, Laura, Flávia, Raiane, Gabriella Lorrayne, Carol e Rafisa. Obrigado meninas pelos almoços compartilhados, pelas conversas jogadas fora sentados no ICC, pelas várias baladas que curtimos juntos.

Agradeço ainda ao PET de Serviço Social em especial as petianas: Bárbara, Gesiele, Marizânia, Anaclécia, Julia Pires, Nathália, Larissa e Julia Castro. Obrigado pelas muitas risadas e trocas de conhecimentos nesse espaço tão rico que foi o PET.

Agradecimento especial a Professora Dra. Ailta Barros tutora do PET de Serviço Social durante o período que lá permaneci. Obrigado pelas conversas, pelos conselhos e pelos puxões de orelha. Mulher para com quem tenho grande admiração, respeito e me espelho enquanto pessoa.

Agradeço as “pebas” que me conquistaram demais e que pretendo levar pelo resto da vida: Naira, Grazyelle e Amanda. Obrigado por estarem comigo nessa caminhada sofrida que foi a UnB e por estarem sempre me apoiando. Obrigado pelas festas que compartilhamos, pelos almoços, pelas risadas, pelas trocas de conhecimentos e histórias. Valeu por tudo e lembrem-se que os humilhados serão exaltados.

Agradeço ao meu grande amigo Weslei Moura por esse ano na UnB compartilhado com você. Diversas coisas mudaram depois que começamos essa amizade, grandes descobertas foram feitas. Obrigado por me incentivar quando pensei em desistir e por estar comigo nas horas boas e nas ruins também. Valeu por tudo.

Agradecimento especial a uma das pessoas mais fofas que conheci na UnB: Érica. Pessoa que me conquistou e de quem gosto muito. Obrigado pelos papos, pelas risadas e também pela ajuda nas provas.

Agradeço aos meus amigos Letícia, Marcus, Lucas, Anderson e Paula. Muitas foram as risadas com vocês, mesmo não sendo amigos da universidade foram pessoas que a vida colocou no meu caminho. Obrigado pelos eventos, baladas e diversões.

Agradeço a Silvania, minha supervisora de estágio na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília - HUB. Foi com ela que aprendi muita coisa do que sei hoje a respeito de ser Assistente Social. Também foi durante sua supervisão e em um dos atendimentos que descobri meu tema de TCC. Obrigado pelos ensinamentos e conversas.

Agradeço a toda a equipe de profissionais que compõem a Psicossocial da Vara de Execuções Penais do TJDF e as estagiárias que comigo estiveram lá. Pessoas essas que me acompanharam durante meu tempo de estágio. Pessoas por quem tenho muito carinho, que são comprometidas com o que fazem e estão sempre dispostas a auxiliar. Obrigado pelos ensinamentos, conversas, risadas, lanches, músicas e pelo dia a dia nesse espaço tão rico que foi para mim tanto pessoal como profissional.

Por fim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra me auxiliaram nessa jornada da Universidade e especialmente na construção desse trabalho.

## **Resumo**

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo entender a relação entre a intensificação do trabalho e os motivos de requerimento de benefícios por incapacidade laboral no Brasil de 2010 a 2014. Para tanto foi realizada uma pesquisa qualitativa com levantamento de dados nos Anuários Estatísticos da Previdência Social de 2010 a 2014 relativos à concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez, ambos previdenciários e acidentários. Para embasar essa pesquisa foram apresentadas anteriormente questões relativas ao mercado de trabalho brasileiro, tanto da sua formação como da situação atual após a crise econômica atingir o país com força em 2014. A lei nº 13.429/2017 que regulamenta a terceirização, as proposta de reforma da previdência social e os índices de desemprego também foram discutidos. As análises também passam pela constituição das Políticas de Saúde e de Previdência Social, assim como do tratamento dado a saúde do trabalhador por ambas as políticas e pela legislação brasileira. Para finalizar, os quantitativos de concessões desses dois benefícios são analisados também, tendo como foco os três principais motivos de concessões em cada benefício e em cada grupo de espécie. As doenças que mais se apresentaram foram Lesões por Esforço Repetitivo, Lesões e Envenenamentos Decorrentes de Fatores Externos, Transtornos Comportamentais como alcoolismo e depressão, Doenças do Sistema Circulatório e Neoplasias (Tumores). O estresse tem sido uma causa muito presente no dia a dia do trabalhador e que está por trás dessas enfermidades, não sendo o único fator. Todas essas enfermidades mostram a face mais cruel do mundo do trabalho e a não atenção ao trabalhador. Toda a análise teve como base as mudanças no mundo do trabalho impostas pela reestruturação produtiva e a inserção da tecnologia e das máquinas no dia a dia de trabalho.

**Palavras chave: Saúde do trabalhador, Previdência Social, Auxílio Doença, Aposentadoria por Invalidez.**

## **Abstract**

This Course Completion Work aims to understand the relationship between the intensification of work and the reasons for requesting benefits for incapacity for work in Brazil from 2010 to 2014. For that, a qualitative research was carried out with data collection in the Statistical Yearbooks of Social Security from 2010 to 2014 related to the granting of sickness and disability benefits, both social security and accident insurance. To support this research were previously presented questions related to the Brazilian labor market, both its training and the current situation after the economic crisis hit the country with strength in 2014. Law 13,429 / 2017, which regulates outsourcing, social security reform proposals and unemployment rates were also discussed. The analysis also includes the constitution of Health and Social Security Policies, as well as the treatment given to worker health by both policies and Brazilian legislation. To conclude, the quantitative of concessions of these two benefits are also analyzed, focusing on the three main reasons for concessions in each benefit and in each group of species. The most frequent diseases were Repetitive Strain Injuries, Injuries and Poisons Due to External Factors, Behavioral Disorders such as Alcoholism and Depression, Circulatory System Diseases and Neoplasms (Tumors). Stress has been a very present cause in the day to day of the worker and that is behind these diseases, not being the only factor. All these diseases show the most cruel do of the world of work and the no attention to the worker. The whole analysis was based on the changes in the world of work imposed by the productive restructuring and the insertion of technology and machines in the day to day work.

**Keywords: Worker's health, Social Security, Sickness, Disability Retirement.**



## Lista de Tabelas

Tabela 1: Desemprego mensal no Brasil em 2016 .....	33
Tabela 2: Quantidade de benefícios concedidos pelo INSS, segundo grupos de espécie, de 2010 a 2014 .....	67
Tabela 3: Auxílios doença previdenciários concedidos, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014.....	69
Tabela 4: Auxílios doença acidentários concedidos segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014 .....	69
Tabela 5: Aposentadoria por invalidez previdenciárias concedidas, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014.....	70
Tabela 6: Aposentadoria por invalidez acidentárias concedidas, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014 .....	71
Tabela 7: Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por motivos de traumas, envenenamentos e outras conseqüências externas.....	72
Tabela 8: Aposentadorias por Invalidez acidentárias concedidas por motivos de traumas, envenenamentos e outras conseqüências externas.....	72
Tabela 9: Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo .....	73
Tabela 10: Aposentadorias por Invalidez previdenciárias concedidas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo .....	74
Tabela 11: Aposentadorias por Invalidez acidentárias concedidas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo .....	74
Tabela 12: Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por motivos de transtornos mentais e comportamentais .....	75
Tabela 13: número de concessões de auxílios doenças rurais acidentários por doenças do sistema nervoso.....	77
Tabela 14: Aposentadoria por invalidez concedidas por transtornos mentais e comportamentais .....	77
Tabela 15: Aposentadorias por invalidez previdenciárias concedidas por doenças do aparelho circulatório.....	78
Tabela 16: Aposentadorias por invalidez rurais concedidas segundo neoplasias (tumores) ...	79

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CF 88 – Constituição Federal de 1988  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social  
DSST – Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho  
EBC - Agência Brasileira de Comunicação  
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço  
Funrural - Fundo de Assistência Rural  
HUB – Hospital Universitário de Brasília  
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social  
LOS - Lei Orgânica da Saúde  
MARE - Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado  
ME - Ministério do Trabalho e Emprego  
MPAS - Ministério da Previdência Social, Assistência Social e Saúde  
MPS - Ministério da Previdência Social  
MS - Ministério da Saúde  
MTIC - Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio  
NRs - Normas Regulamentadoras  
OIT - Organização Internacional do Trabalho  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONGs - Organizações Não-Governamentais  
PEA – População Economicamente Ativa  
PEC – Proposta de Emenda Constitucional

Plansat - Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador  
PNSST - Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho  
PREVIC - Superintendência Nacional de Previdência Complementar  
RGPS - Regime Geral de Previdência Social  
RPC - Regime de Previdência Complementar  
RPPS - Regime Próprio de Previdência Social  
SAT - Seguro Acidente de Trabalho  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SSST - Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho  
SST - Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho  
SUS - Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 - O trabalho e sua intensificação no século XXI .....</b>	<b>17</b>
1.1 A categoria trabalho e o aparecimento do ser social .....	17
1.2 A mais-valia relativa e o processo de intensificação do trabalho .....	22
1.3 O mercado de trabalho no Brasil: formação e situação atual .....	27
1.3.1 Resgate histórico da formação do mercado de trabalho brasileiro .....	27
1.3.2 Mercado de Trabalho no Brasil atual.....	32
<b>Capítulo 2 - As doenças ocupacionais e do trabalho no Brasil: referências conceituais e normas de enquadramento em vigor.....</b>	<b>38</b>
2.1 Histórico da Política de Saúde e de Previdência Social: relação entre essas duas políticas .....	39
2.1.1 Saúde e Previdência Social do Império a República Velha .....	39
2.1.2 Saúde e Previdência Social durante a Era Vargas .....	42
2.1.3 Saúde e Previdência Social na Ditadura Militar .....	44
2.1.4 Saúde e Previdência Social a partir da Constituição de 1988 .....	47
2.2 Cobertura das doenças e dos riscos de trabalho pela legislação brasileira .....	50
2.3 Doenças Ocupacionais: reconhecimento e cobertura pela Previdência Social no Brasil .....	53
2.4 Relação entre saúde e trabalho .....	60
<b>Capítulo 3 - Evidências da relação entre a intensificação do trabalho e a alteração do quadro de motivos dos requerimentos de benefícios previdenciários por incapacidade laboral.....</b>	<b>62</b>
3.1 Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez: garantias para os impossibilitados para o trabalho.....	62
3.1.1 Auxílio Doença.....	63
3.1.1 Aposentadoria por Invalidez .....	65
3.2 Quantidade de benefícios concedidos para os segurados segundo local de moradia e sexo com ênfase no auxílio doença e aposentadoria por invalidez .....	66
3.3 Principais motivos de concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez segundo alguns capítulos da CID .....	71
Considerações finais .....	80
Referências bibliográficas .....	82

## Introdução

Percebe-se que nas últimas décadas tem havido um aprofundamento da intensificação do trabalho (DAL ROSSO, 2008), embora este fenômeno não seja novo. Dal Rosso (2008) faz um resgate mostrando como que esse fenômeno aconteceu em diferentes períodos da história. Ele faz um percurso desde a Primeira Revolução Industrial, passa pelos Modelos de Produção Taylorista, Fordista e Toyotista até chegar aos dias de hoje. Atualmente, esse fenômeno é analisado no contexto da chamada Revolução Informacional ou como alguns estudiosos definem Terceira Revolução Industrial.

No tempo presente, por um lado, a intensificação do trabalho, ou seja, “o tempo total dedicado ao trabalho” nos termos de Dal Rosso (2008) tem sido extenuante e provocado adversidades à vida dos trabalhadores. Entre as adversidades, percebe-se um aumento nos casos de doenças ligadas ao trabalho, desgaste físico e tensões. Por outro lado, nota-se que algumas doenças têm aparecido com frequência entre os motivos de requerimento dos benefícios previdenciário, especialmente, o Auxílio Doença e a Aposentadoria por Invalidez. (BRASIL, 2013).

As principais doenças em casos de concessão de auxílio doença são as do Sistema Osteomuscular como Lesão por Esforço Repetitivo (LER), os Transtornos Mentais e Comportamentais como a depressão e o consumo de álcool, as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas como diferentes traumatismos e intoxicações e Doenças do Sistema Nervoso. Nas concessões de aposentadorias por invalidez as únicas novidades são as Doenças do Aparelho Circulatório e as Neoplasias.

Essa situação me trouxe inquietações principalmente a partir do campo de estágio, que foi realizado na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília e das leituras realizadas em disciplinas do curso de Serviço Social como Trabalho e Sociabilidade, Processos de Trabalho e Serviço Social e Seguridade Social 1: Previdência Social, além dos debates desenvolvidos em sala de aula durante o curso.

Tais inquietações ampliaram-se e uma indagação tornou-se muito presente “Há relação entre a intensificação do trabalho e a alteração do quadro de motivos de requerimento de benefícios previdenciários por incapacidade laboral de 2010 a 2014 no Brasil? Portanto, esta se tornou a pergunta de partida para a qual se pretende encontrar respostas mediante a realização desta pesquisa.

Outras perguntas foram surgindo conforme as leituras, análises e pesquisas eram realizadas. Diante disso, perguntou-se: há evidências de que a intensificação do trabalho afetou os motivos de requerimento de benefícios previdenciários por incapacidade laboral de 2010 a 2014 no Brasil? Em caso afirmativo, quais seriam essas evidências? A crise do capital que vem se arrastando desde a década de 1970 até o momento atual tem contribuído para o aprofundamento dessa intensificação? O quadro de doenças ocupacionais ou do trabalho atualmente referencial para o reconhecimento do direito a benefícios previdenciários tem atendidos estas novas doenças? Quais os principais motivos que afastam os trabalhadores de seus postos de trabalho e os levam a requererem auxílio-doença e aposentadoria por invalidez? Todas essas perguntas apontam para os resultados que se busca com esta pesquisa, especialmente entender a relação existente entre a intensificação do trabalho e os motivos de requerimento de benefícios por incapacidade de 2010 a 2014 no Brasil.

Com o propósito de aprofundamento dos conhecimentos a cerca desse objeto partiu-se da hipótese de que no contexto de crise tem havido uma intensificação do trabalho combinada com aumento da produtividade e com a redução do número de oferta de postos de trabalho, o que impõe uma sobrecarga de trabalho que levou ao surgimento de diversas doenças entre aqueles que exercem atividades laborais.

Partindo-se dessa hipótese, esta pesquisa tem como objetivo geral entender a relação entre a intensificação do trabalho e os motivos de requerimento de benefícios por incapacidade no Brasil de 2010 a 2014. Além disso, buscou-se os seguintes objetivos específicos: a) estudar a intensificação do trabalho em contexto de crise do capital; b) mostrar os principais motivos de requerimentos de auxílio doença e aposentadoria por invalidez e c) comparar as doenças que estão surgindo com a intensificação do trabalho com o quadro de motivos de concessão dos benefícios por incapacidade.

Esta pesquisa foi realizada a partir dos fundamentos da Teoria Social de Marx, onde os resultados alcançados e apresentados serão baseados no Materialismo Histórico Dialético que tem como essência a “teoria como um movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador - é o real reproduzido e interpretado no plano ideal” (NETTO, p.8).

Segundo Minayo (2009, p. 12) o método de pesquisa marxista “junta à proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais.” Essa explicação da autora sobre o método marxista resume o que se pretende pesquisar, pois será feito um levantamento dos dados que se referem aos motivos de concessão de auxílio-

doença e aposentadoria por invalidez. Para analisar esses dados será preciso considerar o contexto histórico, as relações sociais e as determinações sociais e econômicas que trouxeram mudanças para a Previdência Social.

A pesquisa será qualitativa, ou seja, um tipo de pesquisa onde se utiliza os fenômenos humanos dentro da realidade social. Segundo Minayo (2009, p. 21), o “objeto desse tipo de pesquisa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.” Nessa pesquisa, o fundamento principal é interpretar a realidade social enquanto objeto em contradição.

Os dados que a pesquisa pretende levantar são relativos aos motivos de requerimento de auxílio doença e aposentadoria por invalidez de 2010 a 2014 no Brasil. Os dois primeiros capítulos serão constituídos de uma revisão bibliográfica de artigos, livros e de legislações. Os dados da pesquisa foram levantados dos Anuários Estatísticos da Previdência Social e nos Boletins Informativos da Previdência Social, ambos disponíveis no site da Previdência Social.

Os benefícios que serão abordados nesse trabalho são o Auxílio- Doença e Aposentadoria por Invalidez. Pretende-se fazer uma análise dos motivos que levaram a concessão desses benefícios, assim como do número de concessões nesse período. Em relação a esses benefícios também serão abordadas outras variáveis como sexo e local de moradia, se rural ou urbano.

Situações em que o segurado perdeu sua capacidade de trabalho e precisa recorrer a esses benefícios foram presenciadas diversas vezes durante o período de estágio no Hospital Universitário de Brasília – HUB. Os médicos do hospital apresentavam os laudos atestando a situação de doença do paciente, mas a perícia não reconhecia o nexo entre doença e incapacidade laboral. Em alguns casos, as doenças expulsavam os trabalhadores do mercado de trabalho, com doenças como inchaço nas articulações e membros inferiores, doenças neurológicas, dentre outras. Algumas dessas doenças eram decorrentes na intensificação do ritmo de trabalho, jornadas longas e desgastantes, atividades precárias e que exigiam muito do trabalhador.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro faz um debate sobre a categoria trabalho segundo Marx, discute questões relativas à intensificação do trabalho com a produção de mais-valia, faz também um resgate histórico do mercado de trabalho brasileiro e de como se deu a sua constituição. No final, é apresentada a situação atual desse mercado, com a Lei de Terceirização, números do desemprego e informalidade.

O segundo capítulo é dedicado a uma discussão das políticas de saúde e de previdência, como que essas se formaram e se relacionaram historicamente. Discute também a saúde do trabalhador e como que essa está coberta ou não pela legislação e pela Previdência Social brasileira. Traz uma discussão da relação entre saúde e trabalho, das mudanças no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva e as doenças que mais afetam o trabalhador na atualidade.

Por fim, o terceiro capítulo traz os dados da pesquisa quanto à evolução no número de concessões de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez de 2010 a 2014. Mostra quais doenças tem mais incidência quanto às concessões e relaciona isso com as mudanças no mundo do trabalho e com a intensificação desse.



# CAPÍTULO 1

## O TRABALHO E SUA INTENSIFICAÇÃO NO SÉCULO XXI

### 1.1 A categoria trabalho e o aparecimento do ser social

O trabalho consciente é a condição principal para a distinção do homem dos demais animais. É por meio desse que o homem transforma a natureza para atender as suas necessidades básicas como alimentação e proteção e é também por meio do trabalho que o homem cria sua própria existência (MARX; ENGELS, 1989, p. 10). Essas afirmações são apenas para introduzir o que se pretende apresentar nesse tópico: a categoria trabalho e seus desdobramentos para que o ser social apareça.

O trabalho para Marx (1996) é uma categoria central nas relações do homem com a natureza. Utilizado para atender as suas necessidades, o trabalho também é o que diferencia o homem dos animais. Ambos precisam de alimentação, proteção e tem outras necessidades, sejam fisiológicas ou não, para sua sobrevivência, mas cada um atende a essas necessidades de maneira diversa. Os animais agem seguindo seus instintos, em que seu próprio organismo e corpo o induzem a sanar suas necessidades. Exemplo disso é a alimentação, pois para acabar com sua fome, os animais atacam de forma feroz, agindo por instinto e sem pensar. O homem por outro lado, para atender as suas necessidades, pensa, transforma a natureza em prol daquilo que é melhor para ele. Pode-se dizer que o domínio do fogo pelo homem é um exemplo claro disso, pois ao perceber que colocar alimentos no fogo os tornava mais saborosos, o homem passou a refletir antes de se alimentar. Afirmar isso não significa dizer que os animais também não transformam a natureza, mas que eles (os animais) fazem isso de “forma em geral fixa, (...) biologicamente estabelecidas” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 30), sem idealizar sua ação.

Embora tanto os animais como o homem transformem a natureza, apenas as atividades dos segundo podem ser definidas como trabalho. Para ser classificada como tal, a atividade desenvolvida deve ter algumas características, como definem Netto e Braz (2006), com base os escritos de Marx e Engels. Essas características são a utilização de instrumentos criados pelo próprio homem, a exigência do aprendizado e o surgimento de novas necessidades que exigirão cada vez mais novas formas de satisfazê-las.

Para Marx, o trabalho não fica restrito apenas a questões econômicas, não sendo resumido apenas a realização de alguma atividade para receber determinada remuneração. O autor faz uma profunda reflexão sobre essa categoria e a define como fundante do ser social,

pois quando o homem ao transformar a natureza por meio do seu trabalho transforma também a si mesmo em suas diversas dimensões, inclusive a social. Ao produzir bens de consumo por meio desse trabalho, o homem produz também relações sociais, ideias e representações. Estas relações sociais são determinantes do ser social.

O indivíduo não vive sozinho, ele está constantemente inserido em grupos que exigem que esse se relacione com outras pessoas. As atividades realizadas são sempre divididas entre diversas pessoas, que por meio da linguagem conseguem manter contatos e transmitir conhecimento. Em uma passagem de a Ideologia Alemã, Marx e Engels (1989, p. 20) afirmam que “não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência”, ou seja, as necessidades que surgem no cotidiano são responsáveis por obrigar o homem a se relacionar com outros, a manter contato com outras pessoas para que possa executar suas tarefas. Assim, o trabalho acaba sendo uma atividade coletiva e que transforma não apenas a natureza, mas também o homem, sendo o principal responsável pelo surgimento do ser social (NETTO; BRAZ, 2006).

Vale ressaltar que, na opinião de Marx, o elemento essencial que diferencia o homem dos animais é sua capacidade humana de teleologia, capacidade de prévia ideação, ou seja, de pensar, imaginar e criar na sua cabeça aquilo que será executado ou objetivado. Essa idealização se dá quando o homem pensa naquilo que está fazendo e imagina o alcance de suas ações. Marx traz o exemplo do trabalho das abelhas e das aranhas comparados aos da tecelã e do arquiteto. Todos conseguem produzir por meio do trabalho, mas o homem pensou naquilo que está produzindo, já os animais seguem seus instintos (MARX, 1996).

Afirmar que o homem prevê aquilo que será feito, como será feito e para que será feito tem relação com a ideia de finalidade, ou seja, toda a atividade pensada tem um fim. O trabalho para o homem é exatamente isso, a materialização da ideia que o sujeito teve. Se caso aquilo que foi pensando ou idealizado não chegue a ser concretizado, não se pode afirmar que houve trabalho, pois a materialização concreta não aconteceu.

Os animais não são capazes de idealizar o que pretendem alcançar com uma atividade, eles apenas agem conforme as necessidades que surgem. O “trabalho” que eles executam é algo mecânico, se assim pode-se afirmar, pois em momento algum houve o discernimento de se idealizar, pensar na finalidade daquilo, fazer escolhas entre o que seria melhor, simplesmente ele fez o que precisava e continuará fazendo da mesma forma em todas as gerações posteriores.

Essa definição de trabalho apresentada anteriormente se refere ao que o autor define como trabalho concreto, ou seja, ao trabalho que serve para a transformação da natureza e produção de valor de uso, de objetos úteis à vida humana. Porém, segundo Marx (1996), no capitalismo o trabalho deixa de ser apenas produtor de bens úteis e transforma-se em uma mercadoria especial, capaz de produzir outras mercadorias e valorizar o capital. Quanto aos trabalhadores, esses passam a vender sua força de trabalho por um valor específico, o salário. E todos os trabalhadores contribuem para a produção das mercadorias, conforme seja a divisão social e técnica do trabalho. A essa condição igual do trabalho sob o capitalismo Marx define como trabalho abstrato.

Cabe aqui fazer uma breve discussão do que seria a mercadoria e como se dá a sua valorização no capitalismo. Inicialmente, é preciso falar que a mercadoria é algo externo ao indivíduo e sendo assim é utilizada para satisfazer as necessidades desse (MARX; ENGLES, 1996). Nas palavras de Netto e Braz (2006) a mercadoria só se configura como tal quando pode ser reproduzida ou produzida mais de uma vez, ou seja, apenas é considerada mercadoria aquele produto que é possível fazer outras cópias.

A mercadoria apenas é vista como tal quando produzida para terceiros, para o consumo de outra pessoa que não seja o produtor, porém, além disso, ela ainda deve ser passada para a outra pessoa por meio da troca (MARX; ENGELS, 1996). Quando isso acontece ela incorpora seu valor de troca e pode ser chamada de mercadoria. Existem casos em que o produtor cria os produtos apenas para satisfazer suas necessidades, sem trocá-los por outros. Quando se tem essa situação não se pode afirmar que aquilo é uma mercadoria, pois o produto incorporou apenas seu valor de uso. A característica básica de uma mercadoria é que ela incorpora os dois tipos de valores: de uso e de troca (MARX; ENGELS, 1996, p. 176).

Nessa direção, destaca-se que o dispêndio de trabalho necessário para a produção de determinado objeto é que definirá o seu valor. Segundo Marx,

(...) tempo de trabalho socialmente necessário é o tempo de trabalho requerido para produzir-se um valor de uso qualquer, nas condições de produção socialmente normais, existentes, e com grau médio de destreza e intensidade de trabalho (MARX, 1996, p. 169).

A mercadoria será valorizada de acordo com o tempo de trabalho que foi despendido para criá-la, mas apenas quando essa é comercializada e comparada com outras mercadorias pode-se dizer que ela adquiriu valor. Com o passar do tempo a mercadoria deixou de ter seu equivalente em outras mercadorias, surgindo assim o dinheiro que seria o chamado “equivalente universal (...) na qual as outras mercadorias expressam seu valor” (NETTO;

BRAZ, 2006, p. 89). Se antes as pessoas trocavam as suas mercadorias por outras que fossem de sua necessidade ou interesse, agora elas trocam as mercadorias que lhe pertencem por dinheiro. Assim, esse pode ser utilizado para comprar outras coisas para além de mercadorias, como por exemplo, os serviços.

Como já citado, o trabalho também pode ser visto como uma mercadoria. Quando o homem exerce alguma atividade que serve apenas para sanar suas necessidades, o trabalho tem incorporado apenas o valor de uso. Porém, quando esse mesmo homem passa a vender sua força de trabalho para outra pessoa, sendo que esse comprador detém os meios de produção necessários para executar alguma tarefa, no caso do modo de produção em que vivemos seria o capitalista, o trabalho passa a ter também um valor de troca. Essa é a ideia de Marx e Engels d'O Capital.

Os trabalhadores ao venderem a sua força de trabalho, o fazem por um período específico denominado jornada de trabalho, em troca de um salário que lhe garanta a sua própria reprodução e de sua família. Mas o que seria o salário? A grosso modo pode-se dizer que salário é um valor pago pelo patrão ao seu empregado como forma de “recompensa” pelo trabalho executado. Porém, tomando como base a visão marxista de salário é preciso ir mais longe ao se dizer que salário é um valor pago pelo capitalista ao empregado em troca de sua força de trabalho, encarada como mercadoria. O salário seria o equivalente de troca com a força de trabalho, mesmo que sendo abaixo do que realmente deveria ser.

Todavia, ao ser contratado, em geral o capitalista que adquiriu a força de trabalho impõe ao trabalhador uma jornada de trabalho superior ao tempo necessário para produzir mercadorias suficientes para, ao serem vendidas corresponderem ao seu salário e às despesas necessárias para o processo produtivo se desenvolver. Ou ainda, por meio de tecnologias avançadas intensifica a produtividade da empresa de modo que no mesmo intervalo de tempo de trabalho (mesma jornada) é produzida uma quantidade de mercadoria maior do que seria suficiente para cobrir o seu salário e demais elementos do processo produtivo. Assim, a jornada de trabalho termina sendo composta, por uma parte denominada tempo necessário (trabalho pago) e por outra, denominada de trabalho excedente (não pago). É exatamente o trabalho não pago, que Marx (1996) chama de mais-valia e “o que é apropriado pelo capitalista não é diretamente a mais valia produzida, mas a parte desta que lhe corresponde sob a forma de lucro”. (MARINI, 1973). É assim que o trabalho atribui valor à mercadoria na sociedade capitalista. O capitalista, por sua vez, deseja cada vez mais lucro, deseja acumular

capital. Para isso, aumenta sua exploração sobre os trabalhadores, fazendo-lhe produzir cada vez mais valor (ou mais-valia).

Os trabalhadores, por sua vez, são obrigados a vender sua força de trabalho para os patrões, pois esses não possuem os meios de produção. Sob estas condições pode-se inferir que sem a força de trabalho a ser comercializada “livremente” não há capitalismo, pois a classe dominante detém uma parte do que é necessário para a produção (os meios de produção), a outra classe detém a outra parte (a força de trabalho).

O trabalho que antes era realizado pelo homem apenas para satisfazer suas necessidades passa agora a ser realizado em troca de um salário, que na verdade, como já foi dito, não é equivalente ao dispêndio de força de trabalho liberada pelo trabalhador na produção de mercadoria. O patrão acaba absorvendo aquela quantidade de trabalho não paga, porém, realizada, o que Marx define como mais – valia e que se transforma no lucro do patrão quando a mercadoria é comercializada.

Para concluir essa seção é importante salientar que existe uma diferença entre trabalho e emprego. Embora muita gente utilize esses dois termos como semelhantes, cada um tem um significado e seu surgimento remota a períodos distintos.

Como já foi discutido anteriormente, o trabalho sempre existiu desde que o homem começou a transformar a natureza para satisfazer suas necessidades, desde que esse passou a ter consciência de sua existência e a tomar decisões com bases racionais. Seu surgimento pode ser combinado com o surgimento da espécie humana, a utilização de utensílios e ferramentas para transformação do meio.

Quando se fala de emprego, por outro lado a referência que deve ser feita é em relação à venda da força de trabalho propriamente dita, onde aqueles que não detêm os meios de produção vendem o único bem que possuem, ou seja, sua força de trabalho. Na verdade, a força de trabalho se tornou uma mercadoria que foi trocada por outra mercadoria equivalente. A definição do que será dado em troca da força de trabalho é um acordo entre empregado e patrão, assim como as condições estabelecidas para a execução das tarefas. O emprego “é um conceito que surgiu por volta da Revolução Industrial” (IME, 2000?).

Assim, pode-se dizer que as formas de emprego que estão colocadas hoje para a População Economicamente Ativa – PEA<sup>1</sup> estão cada vez mais diversificadas, sofrendo mutações constantes. As pessoas têm que produzir cada vez mais, seja com extensão da

---

<sup>1</sup>. Segundo o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a “População Economicamente Ativa (PEA) é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.” (BRASIL, 1980).

jornada normal de trabalho ou pela extensão da quantidade de trabalho dentro da mesma jornada. No próximo item esta questão será abordada com mais profundidade.

## **1.2 A mais-valia relativa e o processo de intensificação do trabalho**

A existência do Modo de Produção Capitalista pressupõe que haja a exploração de uma classe sobre a outra, sendo a burguesia detentora dos meios de produção e o proletariado vendedor da força de trabalho. Como o trabalhador possui uma única mercadoria, ou seja, sua força de trabalho, ele a venderá por um valor X, mesmo que tenha que trabalhar mais do que lhes estão pagando. Os meios de produção utilizados por esse trabalhador e de que o capitalista é dono são denominados de capital constante, já a mão de obra pertencente ao proletariado é denominada de capital variável.

Nas palavras de Marx e Engels:

A parte do capital, portanto, que se converte em meios de produção, isto é, em matéria-prima, matérias auxiliares e meios de trabalho, não altera sua grandeza de valor no processo de produção. Eu a chamo, por isso, parte constante do capital, ou mais concisamente: capital constante. A parte do capital convertida em força de trabalho em contraposição muda seu valor no processo de produção. Ela reproduz seu próprio equivalente e, além disso, produz um excedente, uma mais-valia que ela mesma pode variar, ser maior ou menor. Essa parte do capital transforma-se continuamente de grandeza constante em grandeza variável. Eu a chamo, por isso, parte variável do capital, ou mais concisamente: capital variável. (MARX; ENGELS, 1996, p. 325).

Como foi discutido anteriormente, a mais-valia se refere ao excedente de trabalho executado pelo empregado e que não foi pago pelo patrão, pois esse estabelece um valor, chamado de salário, que será pago pelas atividades. O valor não pago é o que se incorpora na mercadoria durante a comercialização e volta na forma de lucro para o capitalista.

Existem dois tipos de mais-valia: a mais valia absoluta que decorre da extensão das horas de trabalho. No pensamento Marxista, a mais-valia absoluta é o aumento da quantidade de horas de trabalho exigida pelo empregador ao seu empregado. Pode ser exemplificada pela seguinte situação: se uma pessoa trabalha 8 horas por um salário X, agora ela deverá trabalhar 10 horas pelo mesmo salário X.

Situação comum no mercado de trabalho e que pode ser relacionada com esse exemplo é a extensão das horas de trabalho, sem alteração do salário. As pessoas acabam trabalhando mais sem receber um acréscimo no salário por conta disso. Muitos trabalham sobre essas

circunstâncias e com a pressão de serem demitidos, caso não se sujeitem ao que o empregador determina.

Nesse sentido, pode-se citar a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, maior norma legislativa relativa ao Direito do Trabalho no Brasil. Em seu artigo 59 a CLT coloca que “a duração normal do trabalho poderá ser acrescida de horas suplementares, em número não excedente de 2 (duas), mediante acordo escrito entre empregador e empregado, ou mediante contrato coletivo de trabalho” (BRASIL, 1943)<sup>2</sup>. Ou seja, a legislação permite que se altere a quantidade de horas de trabalho diárias, desde que haja um pagamento de 20% a mais sobre a hora normal, também previsto na CLT. Porém, não é isso que acontece na mais-valia absoluta. Pode-se dizer até que a CLT é uma tentativa de barrar esse tipo de atitude por parte dos empregadores.

O outro tipo de mais – valia definido por Marx é a relativa, também já referida e mais sutil do que a absoluta. Nessa situação, o que acontece é que o trabalhador trabalha a mesma quantidade de horas, mas deve produzir mais, por exemplo: se antes ele produzia 10 objetos em 8 horas, agora deverá produzir 12 objetos nas mesmas 8 horas. Esse segundo tipo de mais valia se concretiza principalmente com o incremento de novas tecnologias que exigem cada vez mais dispêndio de forças do homem durante o seu trabalho.

A exigência por aumento do ritmo de trabalho, por aumento da produtividade e aumento dos resultados pode levar a um quadro de adoecimento dos trabalhadores. Esses se sentem pressionados a gerarem resultados cada vez melhores para garantirem seus postos de trabalho, pois sabem que com o desemprego em alta, há um grande contingente de mão-de-obra disponível para ocupar seu posto e suas funções.

Nesse contexto de aumento do ritmo de trabalho, a precarização do trabalho se torna mais evidente, pois os trabalhadores não denunciam possíveis abusos por parte dos patrões por conta da insegurança, assim, se sujeitam aos mandos do empregador, sem recorrer aos seus direitos, configurando condições ruins de trabalho.

---

<sup>2</sup>. Em relação a CLT é de conhecimento público que o então Presidente da República Michel Temer enviará ao Congresso Nacional proposta de modificação da CLT. O Ministro do Trabalho, Ronaldo Nogueira declarou que "A nossa legislação trabalhista é da década de 40, (...). Na década de 70, novas atividades econômicas foram incorporadas na CLT - Consolidação das Leis do Trabalho. A CLT virou uma colcha de retalhos que permite interpretações subjetivas." (MARTELLO, 2016). Dentro desse pacote de alterações estão mudanças na jornada de trabalho. Diversas interpretações foram feitas relativas a essa questão, em que muitos acreditam que as pessoas deverão trabalhar 12h por dia, porém as modificações se referem à quantidade de horas extras diárias que podem ser feitas, respeitando o limite máximo semanal de 10h. Atualmente, o trabalhador pode fazer duas horas extras por dia, desde que não ultrapasse 10h por dia. Com as mudanças presentes na proposta, a pessoa poderia fazer até 12h extras por dia (para uma jornada de trabalho de 8h), ou seja, chegar até as 12h diárias incluindo horas extras. Em 11 de julho de 2017 as modificações foram aprovadas pelo Senado e caminharam para sanção presidencial.

Aos empregadores só importa que seus empregados gerem lucro e quando percebem que estão tendo gastos demais com um determinado funcionário, em geral com salários, chegam a demiti-lo e contratam outro ou outros para as mesmas atividades, porém com custos muito menores.

A mais valia relativa é a expressão da mais valia que no mundo de hoje se apresenta claramente, como diz Dal Rosso:

O crescente desenvolvimento da divisão social do trabalho em direção ao campo da imaterialidade estabelece a necessidade de desenvolver a noção de mais-valia relativa para responder as questões do trabalho intelectual e do envolvimento afetivo na geração do valor. (DAL ROSSO, 2008. p. 32).

Com a inserção das tecnologias avançadas, além da elevação da produtividade nas empresas, as pessoas estendem o seu trabalho para outras esferas da vida, ele não fica mais restrito apenas ao local onde a pessoa trabalha e não apenas naquelas horas, há, portanto, uma intensificação do trabalho. Muita coisa pode ser resolvida pelo celular, computador, tablet ou telefone, independe do local e horário. As pessoas têm jornadas extensas de trabalho na rua e quando chegam em suas residências não descansam, pois em vários casos precisam continuar aquilo que começaram ou então precisam realizar tarefas de casa.

Uma ressalva que merece ser feita é relativa a diferenciação entre intensificação do trabalho e aumento da produtividade. Embora pareçam ser a mesma coisa, não são, e é preciso tomar alguns cuidados para não confundi-las. A intensificação do trabalho é um fenômeno presente no contexto da extração de mais valia relativa. Dal Rosso (2008) faz uma distinção entre o que se entende por intensificação e por produtividade.

A produtividade se refere ao aumento de resultados dentro de um mesmo período de trabalho, ou seja, reduz-se o tempo necessário para a produção de mercadorias de um tempo  $t_1$  para um tempo  $t_2$ <sup>3</sup> (DAL ROSSO, 2008). O dispêndio de energia é o mesmo, apenas exige-se que se produza mais, gere mais valor.

Já a intensificação é entendida como “(...) Processos de quaisquer naturezas que resultam em um maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados. Em síntese, mais trabalho” (DAL ROSSO, 2008. p. 23). A intensificação se

---

<sup>3</sup>. Dal Rosso entende que a produtividade é um conceito que provém da economia e não necessariamente está ligada a intensificação, embora possa estar. (2008. p. 25)



refere ao aumento das capacidades físicas do trabalhador com o objetivo de aumentar e/ou melhorar os resultados.

Com a intensificação do trabalho, as pessoas acabam gastando mais energia para realizar suas múltiplas tarefas diárias no ambiente de trabalho ou fora dele. Cabe aqui fazer um parêntese e falar um pouco sobre a polivalência. Esse termo caracteriza aquele trabalhador que exerce mais de uma atividade. Muito comum hoje no mercado de trabalho são pessoas que exercem tarefas além daquelas para que foram contratados. Esses trabalhadores são chamados de polivalentes. Essas atividades, na maioria dos casos, não são bem remuneradas e algumas vezes se quer são remuneradas. O trabalhador acaba gastando mais energia e assim, pode-se dizer que há uma intensificação do trabalho.

Uma questão importante ao se tratar da mais-valia relativa e da intensificação do trabalho refere-se à utilização das máquinas. Essas passaram a fazer parte do dia a dia do trabalhador e a eles determinam o ritmo de trabalho que devem seguir. O mercado acabou se tornando mais exigente em relação a qualificação, o que exclui uma parte da população que não tem fácil as novas tecnologias ou não tem facilidade de se adaptar as rápidas mudanças. Ao trabalhador cabe tentar se inserir nessa nova realidade que está colocada para não perder o emprego.

Quando se fala em máquinas a abordagem é mais ampla, englobando tudo que envolve o desenvolvimento da tecnologia como a robótica, computadores, eletrônicos, eletrodomésticos, etc. Hoje, as tecnologias avançadas estão presentes em todos os lugares. Se por um lado antes um funcionário demorava duas horas para fazer cálculos manuais, hoje ele demora a metade desse tempo ou até menos ao transferir essa atividade para o computador. Por outro lado, isso não significa que ele terá tempo livre ou menos trabalho. Como o computador o ajudou a realizar suas atividades mais rápido, agora ele pode fazer mais coisas, terá mais funções para executar e conseqüentemente, mais trabalho, ou seja, mais energia será utilizada, mais dispêndio de capacidades tanto físicas como mentais acontecerá, configurando intensificação do trabalho.

Com a exigência cada vez maior por parte do mercado de trabalho, novas doenças ocupacionais vão surgindo ou doenças que já existiam intensificam sua frequência. Essas doenças podem levar ao afastamento do trabalhador de suas atividades laborais diárias, fazendo com que esse recorra a Previdência Social para ter uma forma de cobrir a manutenção de sua vida.

Quando o trabalhador é segurado por algum dos regimes de Previdência Social, diante de situações de adoecimentos ou de outras situações, pode requer a proteção por meio de alguns benefícios, como o auxílio doença, auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez. O benefício é concedido conforme seja a sua situação e a previsão de prestações do sistema ao qual é vinculado. Assim, o benefício previdenciário assegura-lhe renda enquanto estiver incapacitado para o trabalho.

Não são todas as pessoas que tem direito a algum benefício da Previdência Social. Enquanto política pública pertencente ao tripé da Seguridade Social Brasileira, a Previdência Social tem como um de seus princípios a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios” (BRASIL, 1991), ou seja, apenas aqueles que contribuíram com a Previdência Social têm direito de usufruir de seus benefícios. Essa questão será mais bem aprofundada no próximo capítulo.

Com tudo isso, em contexto de crise do capital, a exploração do trabalho é aumentada impondo-lhe a exaustão. Sendo assim, a realidade do mundo do trabalho hoje é marcada pelas adversidades decorrentes da superexploração. As pessoas estão se submetendo a condições precárias e a jornadas intensas e extensas para manterem seus postos de trabalho e para assegurarem condições de vida. A intensificação está cada dia pior e produzindo novas doenças ocupacionais ou do trabalho, que atingem o trabalhador e repercute em sua família.

A superexploração citada é um termo criado por Marini (1973) para definir a combinação dos tipos de exploração sobre a classe trabalhadora definidas por Marx. O autor cunhou esse termo ao analisar em sua obra *Dialética da Dependência* (1993) a relação de dependência estabelecida entre os países do capitalismo central e os países do capitalismo periférico. Como os países centrais têm melhores condições de produção tanto com capital constante como capital orgânico acabam absorvendo a maior parte do lucro proveniente da produção e da mais-valia. Os países periféricos tendem a tentar compensar essa desigualdade “recorrendo àqueles mecanismos de exploração da força de trabalho (...) para gerar certo nível de mais-valia que possa garantir algum grau de acumulação também na periferia.” (DILLENBURGUE; NASCIMENTO; SOBRAL, 2012, p. 17).

Essa realidade de superexploração tem se apresentado no mercado de trabalho do Brasil, país esse que se encontra no capitalismo periférico. Os salários dos trabalhadores são baixos e as atividades exercidas são cada vez mais exigentes, o que acaba requerendo mais dispêndio de energia e uma força de trabalho maior. Isso tudo reunido leva a um desgaste

grande do trabalhador e com os baixos salários pouco pode-se fazer para além dos mínimos necessários para a sobrevivência do empregado e sua família.

O tópico seguinte traz uma discussão acerca do mercado de trabalho brasileiro. Um resgate histórico de como se deu a constituição desse mercado no país introduz o debate sobre sua situação atual. Com a crise econômica, o desemprego vem assumindo níveis cada vez mais altos por conta da redução dos postos de trabalho e aqueles que permanecem na ativa desenvolvem doenças ligadas ao trabalho, assim como aqueles que estão fora do mercado.

### **1.3 O mercado de trabalho no Brasil: formação e situação atual**

O mercado de trabalho brasileiro é complexo e heterogêneo. Tem sua formação inicial ainda nos anos de escravidão e vai evoluindo até chegar aos dias de hoje. A mão de obra brasileira foi constituída de ex-escravos, imigrantes e trabalhadores livres brasileiros. Muitas coisas mudaram no mercado de trabalho brasileiro especialmente com a criação da CLT em 1943 e a posteriormente com a Constituição Federal de 1988.

Hoje, o mercado de trabalho se encontra em declínio devido à recessão e a crise econômica que atinge o país com mais força desde 2014. Muitos postos de trabalho foram fechados e vagas de empregos formais extintas, o que tem obrigado as pessoas a procurarem formas alternativas de trabalho como o registro de microempresas ou até mesmo trabalhos informais.

A seguir segue-se um resgate da história do mercado de trabalho brasileiro e posteriormente uma amostra de como esse mercado se encontra hoje e as alternativas que se busca para melhorar esse cenário do Brasil.

#### **1.3.1 Resgate histórico da formação do mercado de trabalho brasileiro**

A discussão sobre mercado de trabalho no Brasil deve levar em conta o fato de que o país em sua constituição inicial tinha a escravidão como principal forma de trabalho. Foi a partir da proibição do tráfico em 1850 com a Lei Eusébio de Queiroz que o mercado foi se transformando e incorporando em seu contingente de trabalhadores os imigrantes europeus. Porém, também é preciso mostrar que o país tinha trabalhadores livres, que eram controlados e vigiados para que arrumassem emprego e não se tornassem vadios.

O Brasil foi durante muito tempo um país com economia agroexportadora. Como afirma Silva (2012 p. 215) "(...) a exportação dos produtos agrícolas, especialmente o café, com grande aceitação no mercado externo, garantia saldo positivo na balança comercial, o que

assegurava ao país o cumprimento de seus compromissos externos e o atendimento às necessidades internas.” O surgimento da indústria e a rápida urbanização com grande contingente de pessoas migrando do campo para a cidade não aboliu de vez esse modelo de economia, prevalecendo os dois tipos durante muito tempo.

A base dessa economia agroexportadora eram os escravos. Eles exerciam suas atividades tanto no campo como na cidade e eram uma mão-de-obra relativamente barata para os proprietários. Os custos eram em sua maioria com a compra do escravo, seu transporte até o Brasil e sua manutenção.

A situação no Brasil com escravos não era bem vista pelos demais países. A grande maioria já havia abolido a escravidão e o Brasil ainda mantinha essa forma de dominação e baseava sua economia e sua produção nesse tipo de trabalho. Não era de interesse da elite acabar com a escravidão, pois eles sairiam perdendo dinheiro. Para além disso, tinha o medo de que o fim da escravidão desestabilizasse a economia do país por conta da escassez de mão-de-obra. Nas palavras de Kirdeikas

As elites políticas entendiam que o fim do cativo, sem um processo gradual associado a uma política compensatória de reposição de mão de obra, poderia acarretar em uma crise econômica sem precedentes, puxada pela desorganização do sistema de produção na grande lavoura, com a carência de mão de obra. (KIRDEIKAS, 2003, p. 04).

Em 1850 foi promulgada a Lei Eusébio de Queiroz que proibia o tráfico de escravos para o Brasil. Esse foi o primeiro grande passo no que se refere à abolição da escravatura no país, pois não seria possível renovar o contingente de escravos que aqui vivia.

Em 1871 foi promulgada a Lei do Ventre Livre que considerava livre todos os filhos de escravas nascidos a partir da promulgação da lei. Porém, ainda havia um controle para que se inserissem em atividades laborativas de qualquer espécie. Essa era uma forma encontrada pelo governo para garantir a continuidade da mão-de-obra no país mesmo com a escravidão chegando ao fim. Como afirma Kirdeikas (2003, p. 5) “a educação para o trabalho de menores em colônias agrícolas, seria o meio de transformar indivíduos expropriados em disciplinados para o trabalho”. Em 1885 foi promulgada a Lei Saraiva - Cotegipe ou Lei do Sexagenário que proibia de vez o tráfico interprovincial e ainda determinava a liberdade para qualquer escravo com mais de 60 anos de idade.

Com a mão-de-obra escrava diminuindo consideravelmente era preciso encontrar novas pessoas que atendessem as demandas da produção nacional, especialmente de café,

principal produto da pauta de exportação brasileira na época. Os grandes senhores de terras viram nos imigrantes estrangeiros uma saída para continuar a produção, pois não acreditavam que os ex-escravos fossem uma mão de obra boa para serem assalariados (SILVA, 2012).

O trabalho do imigrante coexistia com o trabalho escravo que ainda não havia sido abolido. Os imigrantes que chegavam ao Brasil tinham sua mão de obra controlada dentro da fazenda. Como seus gastos com a viagem até o Brasil eram pagos pelo seu futuro patrão, esses pagavam os gastos na forma de trabalho, porém precisavam de novos produtos para se manter, já que o valor repassado pelos patrões, após a venda de café, era muito pequeno. Os imigrantes dificilmente conseguiam pagar suas dívidas e ficavam presos aos patrões. Isso só mudou quando o Estado passou a intervir e subsidiar as viagens e demais gastos que os imigrantes tinham com deslocamento.

Dois sistemas de trabalho foram utilizados durante o período de forte imigração para o Brasil, sendo que “os sistemas de parceria e colonato foram formas utilizadas pelos agricultores (sobretudo os paulistas) para regular a organização do trabalho dos imigrantes europeus no século XIX” (KINDEIKAS, 2003, p. 11).

No sistema de parcerias os imigrantes ficariam responsáveis por uma determinada quantia de cafezais, os quais deveriam cultivar e cuidar a fim de gerar o produto final que seria vendido pelo fazendeiro. Segundo Barbosa:

Os custos de transporte e de manutenção eram inicialmente cobertos pelos fazendeiros, ressarcidos pelos trabalhadores com juros, que poderiam chegar a 12% ao ano; estes dividiam o lucro líquido do café colhido com os fazendeiros, tendo direito a 50% deste valor, obtendo ademais terras para a produção de subsistência. (BARBOSA, 2003, p. 92).

O outro sistema de trabalho era o colonato, onde eram divididas tarefas para cada família, que produziam também itens de subsistência. Os produtos desenvolvidos enquanto tarefa eram pagos em dinheiro, “o trabalhador receberia um ‘salário mínimo fixo’, pago a cada mil pés tratados” (BARBOSA, 2003, p. 97). Aquele excedente da produção para subsistência era vendido no mercado.

Esses sistemas de trabalho desenvolvidos para absorver a mão-de-obra imigrante não eram muito chamativos. Os fazendeiros não pretendiam pagar muito bem aos imigrantes, que por sua vez se negavam a trabalhar recebendo pouco. Isso dificultava a formação de um mercado de trabalho forte, pois até mesmo escravos não queiram mais se submeter aos ditames dos fazendeiros, exigindo e escolhendo se trabalhariam ou não em determinado local.

Paralelos aos escravos e aos imigrantes tinham os trabalhadores nacionais. Esses não recebiam incentivos nem tinham visibilidade por parte das autoridades. Eram vistos como vagabundos e deles exigia-se apenas que fossem controlados para não colocar em risco o país. O controle era pesado a ponto de obrigarem as pessoas a exercer qualquer atividade para não serem vistas como vadias.

Não se tinha interesse em regular o trabalho no Brasil. O país tinha uma base escravista e quando se iniciou o processo de abolição esses ex-escravos não eram absorvidos no mercado, pois se acreditava que eles eram inferiores as outras pessoas. Além disso, o que se queria eram trabalhadores que custassem pouco. O trabalho assalariado seria uma opção, porque “o principal (e quase sempre o único) compromisso dos patrões para com os assalariados era um salário mínimo mensal.” (SILVA, 2012, p. 225).

O Estado participou da formação do mercado de trabalho brasileiro por meio da regulação de leis e decretos que organizavam a oferta de mão-de-obra. As legislações com maior importância dessa época se referem as “Leis de Locação de Serviços de 1830, 1837 e 1879 que representam o principal marco na experiência de intervenção estatal na contratação de trabalho livre no Brasil.” (MACHADO, 2014). Essa trajetória do mercado de trabalho reflete ainda nos dias de hoje com grande precarização dos postos de trabalho e um contingente de desempregados nas filas das agências de trabalho do país.

Assim, a formação do mercado de trabalho no Brasil não foi algo feito de forma clara e direta, seguindo uma sequência de acontecimentos sucessivos. Tudo acontecia ao mesmo tempo e de forma diferenciada em cada província do país e para os vários grupos sociais “foram engendrados modos peculiares de inserção no mercado de trabalho emergente.” (BARBOSA, 2003, p. 111).

As cidades de São Paulo e Rio de Janeiro tinham a maior concentração de trabalhadores, sendo esses ex-escravos, imigrantes e brasileiros. Essa massa de trabalhadores exercia suas atividades em condições precárias, mesmo o país tendo proclamado sua República em 1889 e deixado de ser monarquia. Foi por meio de greves, paralisações e manifestações que as categorias profissionais foram conquistando direitos e melhores condições de trabalho.

Esse período pós-Proclamação da República ficou conhecido como República Velha e perdurou de 1889 a 1930. Durante esse período “predominou o modelo econômico agrário-exportador, baseado na monocultura do café e na produção do leite.” (SILVA, 2012, p. 233). A proteção do trabalho nesse período e seus reflexos serão discutidos no capítulo seguinte,

juntamente da história da previdência social pública no Brasil. Aqui cabe falar mais um pouco sobre como o mercado de trabalho se estruturou e se modificou com o passar do tempo.

O Brasil seguia se industrializando e a população migrava cada vez mais para as cidades, mudando a face do país para um modelo urbano-industrial. Porém, a força dos trabalhadores do campo ainda era presente e o modelo agroexportador também estava presente em paralelo com a urbanização. Na década de 1930, forças políticas contrárias a Política do Café-com-Leite<sup>4</sup> levaram Getúlio Vargas ao poder. Esse presidente tinha grande apoio popular e permaneceu na presidência por dois períodos da história.

O primeiro período de governo de Vargas se estende de 1930 a 1945, sendo que em 1937 foi dado um Golpe de Estado e instaurado o Estado Novo, onde se criou a Constituição com diretrizes fascistas, autoritárias e centralizadoras. Embora tenha esse caráter, o governo buscou “atender” as reivindicações dos trabalhadores sempre com o objetivo de receber o apoio dessa parcela da população. Em 1943, mesmo com tantas restrições aos trabalhadores, foram criadas diversas leis trabalhistas que acabaram formando a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Também foi instituída a carteira de trabalho para trabalhadores urbanos e a filiação obrigatória a sindicatos controlados pelo governo, para ter acesso aos direitos (SILVA, 2012).

Foi durante esse período que o país viveu um crescimento do número de empregos, com vagas surgindo em diversos locais. Porém, isso não significa dizer que as condições eram boas. Embora a luta dos trabalhadores tenha trazido grandes avanços para a configuração do mercado de trabalho brasileiro, muito ainda precisava ser feito. Como afirma Silva o “mercado de trabalho no país, durante o governo Vargas, ampliou a sua estruturação, e teve como principal aporte a legislação trabalhista e previdenciária.” (SILVA, 2012, p. 242). Demais questões relativas à previdência social serão tratadas no próximo capítulo, porém ela foi citada por ter tido grande importância na formação do mercado de trabalho brasileiro.

O segundo período do governo de Vargas foi de 1950 a 1954, sendo que dessa vez ele foi eleito pelo voto popular e não concluiu seu mandato por conta do suicídio cometido em 24 de agosto de 1954. Nessa época o Brasil estava muito diferente. Sua economia que antes era agroexportadora agora era basicamente urbano-industrial e tinha uma grande massa de trabalhadores sendo incorporado por empresas e indústrias.

---

<sup>4</sup> A Política do Café-com-leite se refere a alternância da Presidência da República entre representantes políticos dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Esse nome foi dado a política devido a São Paulo produzir café e Minas Gerais produzir leite.

Durante os governos posteriores a Vargas a classe trabalhadora foi crescendo cada vez mais, assim como a organização em sindicatos. Porém, em 1964 foi dado o Golpe Militar e instaurada a Ditadura que colocou vários impedimentos as conquistas dos trabalhadores. Exemplos claros desses impedimentos são a instituição do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) que contribuía para a alta rotatividade dos trabalhadores, o arrocho salarial que trouxe perdas quanto ao poder de compra e a lei antigreves de 1º de julho de 1964 que limitava a organização da classe trabalhadora (LARA; SILVA, 2015). Todos esses casos mostram o quanto que a Ditadura Militar dificultou a vida dos trabalhadores. O país continuava gerando empregos, mas as condições de trabalho, como já foram citadas, não eram favoráveis.

Os sindicatos de trabalhadores tiveram papel fundamental no enfretamento da Ditadura Militar, especialmente os que se localizavam na região do ABC Paulista. Diante do quadro político-econômico em que a país estava mergulhado “os sindicalistas passam a exigir autonomia e liberdade sindical, fim do arrocho salarial e melhores condições de vida.” (LARA; SILVA, 2015, p. 280). Foram importantes essas lutas para a consolidação de direitos na Constituição Federal de 1988.

Muitas foram as conquistas que vieram com a promulgação da Constituição de 1988, considerada por muitos como a mais cidadã por reconhecer os direitos sociais como básicos do cidadão. No campo do trabalho algumas das conquistas se referem à jornada de trabalho, a contratação de menores de idade, a licença maternidade, as férias, horas-extras, dentre outras (BRASIL, 1988).

O que se encontra definido na Constituição e em outras legislações são fruto de anos de lutas e reivindicações da classe trabalhadora do Brasil. O Estado não concedeu esses direitos com facilidade, tendo muitas vezes impedido o acesso a esses. A história da constituição do mercado de trabalho no Brasil é algo longo e que ao ser analisada mostra pontos importantes para entender questões presentes hoje no país. O ponto seguinte pretende exatamente apresentar o mercado de trabalho no Brasil atual e suas diferentes configurações.

### **1.3.2 Mercado de Trabalho no Brasil atual**

A Constituição de 1988 trouxe grandes avanços em diversos campos, inclusive na parte trabalhista, porém o capital já vinha enfrentando uma crise econômica desde a década de 1970, o que colocou contribuiu ainda mais para a real efetivação do que está na Carta Magna.



A Reestruturação produtiva trouxe mudanças com o passar do tempo e atrelada a crise acabou afetando a vida dos trabalhadores fortemente. O Brasil foi atingido com força e passou a sofrer com uma Crise Econômica que atingiu o país no início do ano de 2014 e que vem se arrastando até os dias de hoje. A economia tem sofrido recessão desde o segundo trimestre de 2014, de acordo com o Relatório da Fundação Getúlio Vargas de 2015. Com a recessão há uma redução na atividade econômica do país, com retração da indústria e consequentemente um número grande de desempregados. Esse cenário tem se repetido e se intensificado, aonde o número de pessoas sem ocupações no Brasil chegou a uma taxa anual média de 11,5% em 2016. Esse percentual corresponde a cerca de 12,3 milhões de brasileiros. Um número alto se compararmos com outros anos, quando o Brasil tinha uma média de 8,5% de desempregados no ano anterior.

A tabela 1 mostra a evolução e o crescimento da taxa de desemprego no Brasil de acordo com os meses. É visível como essa taxa tem crescido conforme o ano avançava. O país começou o ano com 9,5% de desempregados, o que correspondia a 9,623 milhões. No final do ano essa taxa já tinha aumentado para 11,9% com 12,132 milhões de pessoas fora do mercado de trabalho. Esses dados refletem a realidade do Brasil que sentiu com força os efeitos da crise econômica. Segundo dados de 2017 do relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), analisados pelo site G1, o número de desempregados no mundo será de cerca de 201,1 milhões de pessoas. Desse total, 13,6 milhões serão brasileiros em 2017 podendo chegar a 13,8 em 2018. São projeções preocupantes se olharmos para o Brasil e observarmos seu histórico de atendimento àquelas famílias que necessitam da Política de Assistência. Poucas têm acesso e com os níveis de desemprego crescendo cada vez mais, a situação do país só tende a piorar.

**Tabela 1:** Desemprego mensal no Brasil em 2016

<b>PNAD</b>	<b>Taxa de Desocupação</b>	<b>População Desocupada</b>	<b>Variação Mensal</b>	<b>Variação Anual</b>
<b>JAN</b>	9,5%	9,623 Milhões	5,9%	42,3%
<b>FEV</b>	10,2%	10,371 Milhões	7,7%	40,1%
<b>MAR</b>	10,9%	11,089 Milhões	6,9%	39,8%
<b>ABR</b>	11,2%	11,411 Milhões	18,6%	42,1%
<b>MAI</b>	11,2%	11,400 Milhões	10,3%	40,3%
<b>JUN</b>	11,3%	11,600 Milhões	4,5%	38,7%
<b>JUL</b>	11,6%	11,847 Milhões	3,8%	37,4%
<b>AGO</b>	11,8%	12,024 Milhões	1,5%	38,6%
<b>SET</b>	11,8%	12,022 Milhões	0,0%	33,9%

<b>OUT</b>	11,8%	12,042 Milhões	0,2%	32,7%
<b>NOV</b>	11,9%	12,132 Milhões	0,7%	32,9%
<b>DEZ</b>	12,0%	12,342 Milhões	1,7%	36,0%

Fonte: PNAD 2016

O número de famílias que não terão como se sustentar pode aumentar muito, o que as levaria a recorrer ao Estado para garantir o mínimo necessário a sua sobrevivência por meio da assistência social. Porém, o país está em crise e o Estado afirma que não tem como arcar com todo esse contingente de pessoas, prevalecendo o princípio da seletividade para acesso aos direitos.

Aqueles que perderem o emprego sem justa causa poderão entrar com o pedido de Seguro-Desemprego. Esse benefício “I - provê assistência financeira temporária ao trabalhador desempregado em virtude de dispensa sem justa causa, inclusive a indireta, e ao trabalhador comprovadamente resgatado de regime de trabalho forçado ou da condição análoga à de escravo” (BRASIL, 1990). Porém, as regras para acessar esse benefício se tornaram mais rígidas com as alterações realizadas pela lei 13.134 de 16 de junho de 2015, sendo que o trabalhador deve:

- I - ter recebido salários de pessoa jurídica ou de pessoa física a ela equiparada, relativos a:
  - a) pelo menos 12 (doze) meses nos últimos 18 (dezoito) meses imediatamente anteriores à data de dispensa, quando da primeira solicitação;
  - b) pelo menos 9 (nove) meses nos últimos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data de dispensa, quando da segunda solicitação; e
  - c) cada um dos 6 (seis) meses imediatamente anteriores à data de dispensa, quando das demais solicitações. (BRASIL, 2015).

Se antes com apenas 6 meses de trabalho formal as pessoas já poderiam solicitar o Seguro-Desemprego, agora as regras estão diferentes. Isso só dificulta ainda mais o acesso aos mínimos necessários dos trabalhadores e os obriga a encontrarem formas alternativas de emprego, como o setor informal.

No Brasil, o registro formal de emprego se dá basicamente pelo registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), não sendo restrito a essa modalidade de trabalho e contratação. Assim sendo, “o setor informal é definido como a soma dos trabalhadores sem carteira e conta própria, ou mesmo como o conjunto de trabalhadores que não contribui para a previdência social”. (ULYSSEA, 2006, p. 597).

O Brasil já tem um grande contingente de pessoas que se encontram nesse tipo de trabalho por diversos motivos. Segundo Oliveira et. al (2012):

(...) a combinação entre as altas taxas de juros resultantes do programa de estabilização de preços e a concorrência com os produtos importados que passaram a competir com os nacionais irá causar efeitos deletérios na indústria, uma vez que as altas taxas de juros inibem a capacidade de investimento e de crescimento da firma, diminuindo também o número de empregos formais no setor. (OLIVEIRA ET. AL, 2012, p. 2).

Esse movimento descrito se refere ao que se deu no país com a instituição do Plano Real, o aumento das taxas de juros e a abertura comercial ao mercado estrangeiro, em detrimento do nacional durante a década de 90. Tudo isso levou a redução de postos de trabalho e a entrada maciça de pessoas para o mercado informal. Além disso, a reestruturação produtiva obrigou as pessoas a se qualificarem mais e se não se adaptassem a nova realidade estariam fora do mercado.

A crise econômica que atingiu o Brasil em 2014 tem levado muitas pessoas a entrarem para a informalidade como forma de sustento para si e para sua família. Não são raros os casos de que trabalhadores que perderam o emprego devido à redução do quadro de pessoal e acabaram assumindo negócios próprios ou passaram a vender objetos, alimentos e demais itens nas ruas das grandes cidades.

Pessoas de todas as idades são obrigadas a buscar alternativas por conta da grande onda de demissões que assolou o país ou a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho pela primeira vez, como é o caso de muitos jovens. Segundo notícia de agosto de 2016 publicada na revista Época, tomando como base pesquisa do IBGE, existia no Brasil cerca de 10 milhões de trabalhadores informais. É possível afirmar que esse número só tende a crescer se observarmos o já citado Relatório da Organização do Trabalho de 2017 que fala sobre as projeções de desempregados no Brasil e no mundo para os anos de 2017 e 2018.

Os impactos para aqueles que não estão inseridos em atividades formais são diversos, sendo o principal deles a não contribuição com a previdência social e a consequente não cobertura em casos de eventos de doença, morte e velhice. Essas pessoas podem contribuir com a previdência social como contribuinte individual<sup>5</sup>, porém, os rendimentos obtidos com as atividades realizadas são tão pequenos que muitas vezes não sobra para o pagamento da previdência social. Com isso as pessoas demoram mais para se aposentar ou nem se quer

---

<sup>5</sup>. Contribuinte individual é aquele grupo de trabalhadores que realizam suas atividades por conta própria, os chamados autônomos. Eles não têm vínculo empregatício com nenhuma empresa privada ou órgão público, cabendo a eles a organização de suas atividades. Nessa categoria se encaixam vendedores ambulantes, pintores, eletricitistas, etc.

conseguem se aposentar por não cumprirem os requisitos exigidos, o que as leva a recorrerem aos benefícios assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>6</sup>.

Tudo tende a ficar mais difícil ainda no que se refere ao acesso a aposentadoria a partir das mudanças propostas pelo então Presidente da República Michel Temer. A Proposta de Emenda Constitucional - PEC 287/2016 traz propostas quanto a Reforma da Previdência Social, em especial a aposentadoria por idade. Hoje a pessoa pode se aposentar a partir de qualquer idade tendo 35 anos de contribuição no caso dos homens e 30 anos no caso das mulheres, mas com o valor proporcional e incidência do Fator Previdenciário<sup>7</sup>. Se não optar pela incidência do Fator Previdenciário e quiser aposentadoria integral, a pessoa tem que se enquadrar na regra 85/95, onde a soma da idade e do tempo de contribuição tem que resultar em 85 para mulheres e 95 para homens, com crescimento e mudanças com o passar dos anos (BRASIL, 2015). Tudo isso foi definido e está expresso na Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015, sancionada pela ex-presidente da República Dilma Rousseff.

A proposta da PEC 287/2016 é unificar o tempo de contribuição para homens e mulheres, além de aumentar o tempo mínimo de contribuição de 15 anos para 25 anos e obrigar a pessoa a se aposentar apenas com 65 anos de idade. Essa aposentadoria não seria com valor integral do benefício, seria apenas 76% do valor, o que corresponde a 51% da média dos salários de contribuição, acrescido de 1% por ano trabalhado (BRASIL, 2016). Na prática isso significa que para obter aposentadoria integral o trabalhador precisa contribuir por 49 anos ininterruptos. A PEC ainda prevê outras mudanças na Previdência Social, mas que não cabem nas análises aqui realizadas.<sup>8</sup>

A pergunta que fica no ar é como as pessoas vão se aposentar sendo que não estão contribuindo com a Previdência Social, já que o número de desempregados e trabalhadores informais só aumenta no país? O tempo que a pessoa fica fora do mercado formal não está sendo considerado. Está sendo levada em conta apenas a justificativa de que existe um rombo na previdência social e que ela se encontra deficitária, porém a ANFIP e de outros órgãos afirmam que a previdência social é superavitária, não se confirmando as palavras do governo.

---

<sup>6</sup>. O Benefício de Prestação Continuada ou BPC é devido àquelas pessoas idosas, a partir de 65 anos de idade e, pessoas com deficiência que tenham renda familiar de até 1/4 de salário mínimo e não tenham condições de manter o seu sustento ou tê-lo garantido pela família. Embora seja um benefício assistencial, o BPC é gerido pela Previdência Social. O valor do benefício é de 1 (um) salário mínimo mensal e para ter acessá-lo é preciso passar por perícia médica junto aos médicos do INSS.

<sup>7</sup>. O Fator Previdenciário é um cálculo realizado onde é levado em consideração o tempo de contribuição até a data do pedido de aposentadoria, a idade do trabalhador na data do pedido e a expectativa de vida restante. Incide quando o trabalhador atingiu o tempo de contribuição, mas ainda não tem a idade exigida para se aposentar. Utilizado para fazer com que as pessoas não se aposentem muito cedo.

<sup>8</sup>. Esse trecho do trabalho foi baseado nas propostas constantes no texto original da Reforma da Previdência Social, assim não se considerou possíveis alterações que esse texto venha a ter sofrido.

Para finalizar e mostrar como o mercado de trabalho no Brasil se encontra frágil, pode-se falar que foi sancionada no dia 31 de março de 2017 a Lei nº 13.429/2017 que regulamenta a terceirização no Brasil. A lei autoriza que podem ser terceirizados tanto atividade-fim como atividade-meio, nas empresas privadas e na administração pública (BRASIL, 2017). Com essa lei os trabalhadores que antes estavam excluídos do mercado formal de trabalho por conta das demissões e redução de custos, podem ficar de fora porque simplesmente a empresa decidiu assim. Além disso, os direitos trabalhistas podem estar ameaçados se não houver uma fiscalização forte sobre as empresas prestadoras de serviços.

A terceirização pode ainda levar a um quadro de adoecimento dos trabalhadores devido a longas jornadas de trabalho. A previdência social não ficará inchada mesmo com a grande demanda que sugira, pois são criadas dificuldades cada vez maiores para atender as demandas quanto ao Auxílio-Doença e Aposentadoria por Invalidez, cabendo ao trabalhador mais uma vez pagar a conta da ineficiência do governo e da incessante busca do lucro que as empresas têm.

Assim, o mercado de trabalho brasileiro hoje está instável, com demissões, informalidade, dificuldades para acesso a direitos e precarização das relações de trabalho. O trabalhador tende a adquirir doenças antigas e novas. No capítulo seguinte pretende-se abordar um pouco sobre essas novas doenças ocupacionais no Brasil, a partir da visão de autores que se debruçaram sobre essa temática e, ao mesmo tempo, pretende-se comentar como elas estão sendo tratadas pelos órgãos governamentais competentes. Essa discussão será feita não necessariamente abordando apenas essas questões tratadas nesse capítulo, mas trazendo o panorama geral das doenças ocupacionais no Brasil.

## **CAPÍTULO 2**

### **AS DOENÇAS OCUPACIONAIS E DO TRABALHO NO BRASIL: REFERÊNCIAS CONCEITUAIS E NORMAS DE ENQUADRAMENTO EM VIGOR**

O sistema capitalista busca em sua gênese o lucro. Com o seu desenvolvimento e amadurecimento novas formas de opressão do trabalhador e novas formas de extração de mais valia foram surgindo. Como exemplo dessas formas de extração de mais valia pode-se citar o trabalho realizado por pessoas da área de telemarketing e demais atividades que foram se desenvolvendo com a Revolução Informacional ou Terceira Revolução Industrial. Esses mecanismos servem para impulsionar esse modo de produção de forma a gerar a acumulação de capital e manter o sistema funcionando. Porém, as formas de exploração da força de trabalho acabam sendo levadas ao seu máximo para gerar o lucro do capitalista. Tudo isso acontece sem que haja um pensamento em relação a real situação do trabalhador, pois desde que esse esteja produzindo e gerando lucro está tudo bem.

Como já alertado, essa intensificação do trabalho e elevação da produtividade se reflete na saúde do trabalhador, que fica cada vez mais fragilizado. Como Marx (1996) identificou, essa intensificação da jornada de trabalho leva a um esgotamento da força de trabalho e a uma inutilização mais prematura dos trabalhadores que acabam sendo excluídos do mercado de trabalho quando estão em idade já avançada, o que dificulta uma nova absorção por esse mesmo mercado. Esse esgotamento acontece muitas vezes de forma sutil, pois assim se dá o processo de extração de mais-valia seja ela relativa ou absoluta, como já discutido no capítulo anterior.

As pessoas que contribuíram com a previdência social têm mecanismos de serem atendidas e cobertas pelos seus benefícios de acordo com a sua contribuição. Mas, como já foi discutido e apresentado, o Brasil tem um grande contingente de pessoas exercendo atividades informais e quando o mercado as esgotar elas terão muito pouco a quem recorrer, ficando na maioria dos casos dependentes da Política de Assistência Social.

Em pesquisa realizada por Ferreira e Amaral (2014) em um hospital universitário nos anos de 2010 a 2012 foram identificadas algumas doenças ocupacionais decorrentes das novas exigências impostas pelo processo produtivo. O objetivo principal da pesquisa era analisar a resposta dada pela seguridade social para aqueles trabalhadores que perderam sua saúde no processo de trabalho. (FERREIRA; AMARAL, 2014). As autoras também analisaram as respostas dadas pela amostra de entrevistados em que foi possível perceber a materialização

da afirmação de Marx (1996), apresentada anteriormente. Alguns entrevistados afirmaram que depois de certa idade foram colocados de lado na empresa, como é exemplificado na passagem: “Acho que a empresa não me quer mais. É muito diferente, eu sinto que não sirvo mais e parece que nem fiz parte daquilo (Entrevistado 2).” (FERREIRA; AMARAL, 2014, p. 182).

Essa situação mostra as pessoas sendo descartadas, pois basta não atenderem mais às necessidades do capitalista, ou seja, não conseguir mais gerar mais-valia por conta da idade ou por motivos de saúde que comprometeu sua produtividade, que são excluídos e jogados naquilo que Marx (1996) define como Superpopulação Relativa.<sup>9</sup>

A intensificação do trabalho é um dos principais fatores de adoecimento em tempos atuais, pois como já disse Dal Rosso (2008) há um aumento da energia gasta durante o processo de trabalho e, em decorrência um grande desgaste físico. Podem ser diversas as doenças que surgem, tanto antigas como novas e cabe a sociedade em geral saber como lidar com essas enfermidades.

Essa reflexão conduz a uma breve análise da constituição e desenvolvimento da política de saúde e de previdência social no Brasil, visto que essas duas políticas são as que têm maior impacto na vida do trabalhador que adoeceu seja por motivos relacionados às suas atividades laborativas ou não. A relação entre essas duas políticas deve ser elucidada, pois historicamente estiveram atreladas.

## **2.1 Histórico da Política de Saúde e de Previdência Social: relação entre essas duas políticas**

### **2.1.1 Saúde e Previdência Social do Império a República Velha**

O Brasil não tinha formas concretas de atendimento às demandas da área de saúde que advinham de sua população desde o Brasil Império até a República Velha. Não existiam formas de assistência médica para a população e o tratamento recebido era na base de conhecimentos do senso comum, nas práticas filantrópicas por parte da Igreja e na prática de profissionais liberais. Essa situação se arrastou durante muito tempo. Foi apenas com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808 que “criou a necessidade da organização de uma

---

<sup>9</sup>. A superpopulação relativa se refere àquela população de trabalhadores que não foi absorvida pelas necessidades do capital. Segundo Marx, é a população relativamente supérflua ou subsidiária que dentro do processo de produção ficou de fora. O autor explica ainda que isso acontece porque o capital constante cresce em proporção maior que o capital variável, assim a mão de obra do homem acaba sendo trocada pela da máquina.

estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.” (POLIGNANO, 2008, p. 03).

Na segunda metade do século XIX estourou a Revolução Industrial, que mesmo chegando mais tardiamente ao Brasil, trouxe impactos para a saúde das pessoas. Um grande contingente de pessoas migrou para a zona urbana. As cidades não eram capazes de abrigar esse grande contingente de pessoas e sem um modelo sanitário de saúde, as doenças se proliferavam em todos os lugares e causavam muitas mortes.

Durante o século XX, o grande número de epidemias que estava surgindo colocava em risco a população e o comércio externo brasileiro. Nas palavras de Polignano (2008, p. 04). “os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.” Foi apenas quando a realidade começou a interferir na economia que o governo conseguiu enxergar que a situação estava caótica a ponto de trazer prejuízos em grande escala.

Como parte dos investimentos na saúde, o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou, em 1903, Oswald Cruz como Diretor-Geral da Saúde Pública. Sua primeira ação se deu no combate à febre-amarela, porém, nas palavras de Polignano (2008, p. 4). “a falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos ‘guardas-sanitários’ causam revoltas na população.”.

Em 31 de outubro de 1904, o presidente aprova o texto da Lei nº 1.261/1904 que “torna obrigatória, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola.” (BRASIL, 1904). O responsável por organizar e fazer com que as pessoas fossem vacinadas era Oswald Cruz. Diversos setores da sociedade se posicionaram contra, incluindo políticos. A partir dessa imposição estourou o movimento que ficou conhecido como Revolta da Vacina. Os conflitos duraram 8 dias e “do dia 10 ao dia 18, os revoltosos mantiveram a cidade em estado de permanente agitação, no que receberam a ajuda de militares do Exército também rebelados contra o governo.” (CARVALHO, 2007, p. 74). O presidente sentiu-se cercado diante da revolta da população com mais essa imposição e acabou revogando a lei no dia 16 de novembro de 1904. (VIVEIRO, 2003).

A saúde começa a ganhar novos rumos. A população pressionava por melhorias e o mercado também. Em 1923 com a Reforma Carlos Chagas é tentado “ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo umas das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso.” (BRAVO, 2006, p. 90). Essas ações



eram basicamente em nome do mercado e ficaram conhecidas como Modelo Sanitarista-Campanhista.

Além de se preocupar com a saúde para não atingir a economia era preciso garantir que os trabalhadores estivessem bem, ou seja, ter um olhar para o campo da Saúde do Trabalhador. Foi também nesse período de efervescência que essas questões começaram a surgir.

A partir das questões levantadas nesse período tem-se o que Bravo (2006, p. 90) define como “embrião do esquema previdenciário brasileiro” com a promulgação da Lei Eloi Chaves em 1923. Essa lei autorizava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) com o intuito de assegurar proteção ao trabalho por meio de benefícios de natureza previdenciária e de saúde. Esse modelo foi direcionado inicialmente apenas para as categorias profissionais mais importantes economicamente e que tinham a maior capacidade de pressão, portanto a primeira CAP criada foi a dos ferroviários e posteriormente a dos marítimos e portuários. A organização inicial era feita por empresas, tendo representantes dos empregadores e dos empregados e mantida por contribuição mensal de ambas as partes. (SILVA, 2012). A União não tinha uma participação direta no financiamento das CAPs.

Essa lei não atendia a toda a população, sendo excluída dos direitos uma parcela significativa dos trabalhadores. Polignano (2008, p. 07) faz três considerações importantes a respeito dessa lei, sendo elas:

- A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o Funrural.
- Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
- A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

Esse direito foi conquistado com muitas lutas e reivindicações por parte dos operários que só não apenas sofriam com as epidemias e endemias que atingiam a população como também eram atingidos pelas enfermidades e acidentes resultantes de suas atividades laborais. Suas famílias também não tinham nenhuma forma de atenção e ficavam completamente descobertas quando perdiam o principal mantedor ou quando esse ficava impedido de trabalhar.

Apesar de toda a evolução no que tange a saúde, as grandes epidemias não foram completamente eliminadas e ainda causavam muitos óbitos. O governo ainda estava organizando os Institutos que mesmo depois de constituídos ainda não atendiam a grande parcela da população. Os trabalhadores tiveram pequenas conquistas em relação a sua saúde.

### **2.1.2 Saúde e Previdência durante a Era Vargas**

É possível perceber que historicamente a saúde esteve atrelada a previdência social. Isso é claro ao se estudar como que essas políticas se estruturaram. Com o governo de Vargas e as sucessivas revoltas e insatisfações por parte dos trabalhadores, o Estado tomou uma posição e criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Segundo Polignano (2008, p. 10). “Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.” Com essa mudança de orientação no modelo, um maior número de trabalhadores seria coberto, pois se antes a organização das CAPs eram por empresa, com os IAPs passou a ser feita por categoria profissional ou ramo de atividades.

Antes de criar os IAPs em 1933, o governo de Vargas criou os sindicatos oficiais, que eram controlados pelo Ministério do Trabalho. Direitos como férias e carteira assinada eram assegurados apenas aqueles que fossem filiados aos sindicatos, assim o governo tinha o controle dos trabalhadores. (SILVA, 2012, p. 239).

Voltando a criação dos IAPs, o governo incentivou cada vez mais a criação dos Institutos em detrimento das Caixas. Na opinião de Silva (2012) o interesse do governo em criar institutos era “estimular a poupança gerada por meio destas unidades de previdência social e melhorar o controle sobre tal poupança.” (SILVA, 2012, p. 240).

Algumas diferenças eram visíveis entre as CAPs e os IAPs. As primeiras eram de natureza privada, enquanto as segundas eram públicas. Alguns IAPs eram subordinados diretamente ao Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio (MTIC), o financiamento era bipartite (empregados e empregadores) no caso das CAPs e tripartite (empregados, empregadores e Estado) no caso dos IAPs. (BOSCHETTI, 2008).

Os IAPs foram criados seguindo a lógica

(...) de proteger, (...) as condições de trabalho, e não os trabalhadores. Desse modo a expansão dos IAPs seguiu uma lógica de cobertura progressiva de certas categorias profissionais reconhecidas legalmente pelo Estado e consideradas necessárias ao desenvolvimento produtivo da época. (BOSCHETTI, 2008, p. 22).

O primeiro IAP criado foi o dos Marítimos em 1933 e previa em seu artigo 46 como garantias para o seu contribuinte:

- a) Aposentadoria ordinária ou por invalidez;
- b) Pensão em caso de morte, para pessoas de suas famílias, ou para os beneficiários na forma do art. 55;
- c) Assistência médica e hospital, com internação até trinta dias;
- d) Socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço do custo, acrescido das despesas de administração. (BRASIL, 1933).

Posteriormente vieram os IAPs “em 1934 o dos Comerciais (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).” (POLIGNANO, 2008, p. 10).

Embora ainda existissem as CAPs, os IAPs estavam ganhando cada vez mais espaço, pois abrangiam um número maior de trabalhadores. Mas, mesmo com essa abrangência maior dos IAPs em relação às CAPs um grande número de trabalhadores permanecia excluído do acesso a esses benefícios. No entendimento de Carvalho (2007, p. 114). “tratava-se de uma concepção da política social como privilégio e não como direito”.

A saúde não estava mais tendo tanta visibilidade nesse período. Foi na década de 50 que novas pressões exigiam dos Institutos o reconhecimento da saúde como um todo e um direito assegurado para os trabalhadores e suas famílias. Também é nessa época que a ênfase maior passa a ser dada no hospital e na cura, criando o embrião para o que no período da Ditadura Militar ficasse conhecido como Modelo Hospitalocêntrico. O modelo de atenção à saúde é o Sanitarista Desenvolvimentista que serve para atender as necessidades do capital.

O mercado de trabalho no Brasil sofreu transformações e passou a ser estruturado com uma legislação trabalhista e previdenciária. Porém, apenas aqueles da área urbana e com atividades formais poderiam se beneficiar. Na visão de Silva (2012, p. 244) “tanto os benefícios como os seus valores unificados serviam para que algumas categorias conseguissem se sobressair mais do que outras, pois assim acontece no “livre mercado”.

Com o passar do tempo, o número de pessoas cobertas pela previdência cresceu bastante, significando que mais pessoas no mercado de trabalho formal. Finalmente a pressão da classe trabalhadora estava incomodando o Estado e resolveu atender suas demandas.

Desde 1941 estava em discussão a unificação dos IAPs em um único órgão que fosse responsável por organizar o sistema de proteção ao trabalho e de atenção à saúde. A conjuntura do país no período contribuiu para a aprovação da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de

1960, definida como a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), após um longo período de tramitação no Congresso Nacional.

A LOPS previa que todos os trabalhadores seriam organizados pelo Regime Geral de Previdência Social, no caso daqueles que trabalhavam via regime de contratação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), exceto os servidores públicos que tinham seus próprios regimes de Previdência Social. Nas palavras de Salvador (2010, p. 155) “a LOPS marcou o fim do sistema de capitalização<sup>10</sup> no regime financeiro da previdência evoluindo para um regime de repartição simples<sup>11</sup>.”

Com a LOPS a gestão dos benefícios previdenciários ficou mais fácil e isso abriu portas para a unificação dos Institutos e das Caixas. Essa lei trazia benefícios conquistados anteriormente e novos benefícios, mas não atendia a todos: “(...) continuavam fora da cobertura diversas categorias, como os empregados domésticos, os trabalhadores rurais e autônomos.” (SILVA, 2012, p. 254).

Assim, o período de Vargas no poder foi de grandes avanços na legislação trabalhista e Previdenciária. Mesmo que setores da sociedade permanecessem a margem e não tenham sido incorporados, as mudanças foram significativas.

### **2.1.3 Saúde e Previdência durante a Ditadura Militar**

No ano de 1964 o Brasil sofreu um golpe e os militares ocuparam o poder. Essa reação se deu devido a uma preocupação em relação ao comunismo e o socialismo que vinha ganhando espaço pelo mundo. Com o apoio dos Estados Unidos (principal representante do capitalismo) as altas patentes das Forças Armadas Brasileiras tomaram o poder e instauraram uma Ditadura Militar.

Embora muita coisa tenha se concretizado durante o Período Militar, no que se a Previdência Social, não significa dizer que foram os militares os responsáveis, pois a Previdência se constituiu de uma longa construção histórica. Como já foi dito a unificação dos IAPs era algo que já estava em discussão há muito tempo e foi durante o período da Ditadura Militar que tal ação se concretizou.

Em 1966 houve a unificação das Caixas e Institutos, que viraram apenas um órgão chamado de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação se deu como um

---

<sup>10</sup>. Regime de capitalização se refere ao regime financeiro em que a pessoa faz reservas para o pagamento de um benefício ou cobertura contratada.

<sup>11</sup>. Regime de repartição simples se refere ao recolhimento de recursos daqueles que estão em atividade no mercado de trabalho para o pagamento daqueles que tem direito a algum benefício.

reflexo da crise previdenciária que vinha se arrastando há algum tempo. Agora os benefícios passaram a ser unificados para todas as categorias e as contribuições foram definidas em 8% para todos os trabalhadores e descontadas mensalmente da folha de pagamento. (CARVALHO, 2007).

A unificação dos IAPs se deu, na opinião de Bravo (2006, p. 93) “atendendo duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão da gestão da previdência, ficando-lhes reservado o papel de financiadores.”

Também durante ao regime ditatorial os trabalhadores rurais finalmente foram reconhecidos e passaram a gozar de direitos como os demais trabalhadores, porém, claro, de forma bem mais restrita. Seus direitos básicos se resumiam a aposentadoria, pensão e assistência médica e eram organizados pelo Fundo de Assistência Rural (Funrural). Essa atenção maior aos trabalhadores rurais iniciou-se apenas em 1967, muito tempo depois da atenção que se passou a dar ao trabalhador urbano.

Durante esse período outras medidas foram adotadas pelos militares, dentre elas a incorporação dos trabalhadores domésticos e autônomos, respectivamente nos anos de 1972 e 1973, no quadro de contribuintes e beneficiários da Previdência Social, a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em 1966, a criação do Banco Nacional de Habitação e a mais visível medida após a unificação das CAPs e IAPs que foi a criação do Ministério da Previdência Social em 1974.

Durante a ditadura Militar, houve enormes investimentos na área privada da saúde com “(...) aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.” (POLIGNANO, 2008, p. 15). Além disso, houve a expansão dos planos privados de saúde. Era dada uma centralidade na cura em hospitais e não na prevenção. Com isso modelo de assistência a saúde foi definido como hospitalocêntrico.

O Modelo Hospitalocêntrico trouxe uma “medicalização da vida social” (BRAVO, 2006, p. 93) com redução de investimentos na saúde pública e a maior atenção a medicina previdenciária. Segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207) algumas características são marcantes desse período, sendo elas:

- Extensão da cobertura da previdência social tanto para população urbana como rural. Posteriormente incluindo os trabalhadores autônomos e domésticos. A

previdência por ter a entrada de dinheiro que seria controlado pelo Estado estava levantando grande interesse e conseqüentemente a saúde era esquecida.

- Quando se trata de saúde, a ênfase dada era na prática curativa, individual, assistencialista e especializada, com o Estado atendendo ao interesse do capital internacional. Não se dava importância para o coletivo e a prevenção.
- Criação de um complexo médico-industrial na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos.
- Como a saúde era interligada à previdência houve uma orientação do Estado voltada para o lucro das empresas, pois se o Estado regula a previdência automaticamente também regula a saúde.
- As práticas médicas eram reguladas de acordo com a realidade do Brasil e de acordo com a finalidade que se pretendia com cada prática.

Como já foi salientado anteriormente, o campo da saúde pública brasileira é marcado por lutas. Durante o período ditatorial iniciou-se um movimento de luta por mudanças na saúde e instituição dessa como um direito universal. Esse movimento contou com a participação de profissionais da área de saúde, professores universitários, estudantes e a sociedade civil, todos unidos por uma única causa: saúde como direito para todos. Foi esse movimento iniciado na década de 1970 que trouxe forças e contribuições para a instituição da saúde como política pública integrante da Seguridade Social e reconhecida na Constituição Federal de 1988 (CF). Ela também foi importante para a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa movimentação reivindicava a Reforma Sanitária.

Como marco principal desse movimento da população pode-se citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, Distrito Federal. O que se pretendia não era mais apenas tratar a saúde como algo isolado em si mesmo, mas como uma realidade colocada para todos da sociedade. Dentre as propostas da Reforma Sanitária que foram discutidas nessa conferência estavam: a saúde como direito de todos já que desde os primórdios a saúde esteve interligada ao mercado de trabalho formal e apenas uma pequena parte da população tinha acesso. Outra proposta importante era que o foco deveria ser na prevenção/cura do paciente e não apenas na cura como vinha sendo feito. Por fim, pretendia-se que a gestão fosse mais democrática com participação do cidadão. Bravo (2006) traz essas definições ao discutir a conferência e a Reforma Sanitária.

Muito se avançou com essas discussões, mas forças políticas e sociais da sociedade acabaram colocando limites à real efetivação do projeto de Reforma Sanitária apresentado.

Porém, apesar de todos os enalços, em 1988 a saúde foi incorporada a Constituição como um direito básico. Foi a partir dessa incorporação que se deu a “criação do Sistema Único de Saúde – SUS, fundado nos princípios de solidariedade e universalidade.” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 137).

#### **2.1.4 Saúde e Previdência a partir da Constituição de 1988**

As lutas para alcançar um mínimo de reconhecimento e cobertura por parte da saúde foram muitas. O que se pretendia era que o Estado assumisse suas funções e garantisse o direito à saúde para todos e, que a população tivesse acesso e tomasse partido das decisões tomadas. Foi depois de muito tempo que a saúde foi reconhecida e definida na Constituição de 1988, em seu artigo 196 como

(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Esse modelo de saúde passa a considerar também os determinantes sociais que estão envolvidos no processo saúde-doença. A ênfase maior será dada em campanhas de prevenção, não da forma que acontecia nos primórdios da saúde pública no Brasil, com caráter policialesco e autoritário, mas sim de modo que os usuários do serviço possam ser esclarecidos sobre seus direitos e deveres para ter uma saúde de qualidade.

Os Determinantes Sociais em Saúde aqui citados podem ser definidos como tudo aquilo que está envolvido na saúde da pessoa. São levadas em consideração as condições socioeconômicas, culturais e ambientais a que o indivíduo está exposto. A saúde deixa de ser definida apenas como a ausência de doenças e passa a ser algo mais complexo que envolve questões para além do biológico. “Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.”(BUSS; FILHO, 2007, p. 78). O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde reconhece a saúde/doença como consequência da Determinação Social.

Foi com a Constituição de 1988 que a saúde e a previdência social finalmente foram separadas e encaradas como políticas complementares. Embora ambas façam parte da Seguridade Social cada uma tem um objetivo e segue padrões de cobertura e atendimento diferenciados.

Juntamente do reconhecimento da saúde como direito veio também a sua organização em um sistema único que se constitui com princípios e diretrizes próprios. Esse sistema é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) e é completamente universal com participação da sociedade em seus conselhos e com financiamento advindo das três esferas do governo Federal, Estadual e Municipal.

O SUS é o sistema em que a saúde pública do Brasil está organizada, sob orientação dos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Ele é descentralizado, tem participação da comunidade e prioriza o atendimento integral das pessoas. Esse sistema não é responsável apenas pelos atendimentos realizados em hospitais e/ou postos de saúde, questões como leitos em instituições de saúde privadas, aprovação da utilização e comercialização de remédios e bebidas, dentre outras atividades são de responsabilidade do SUS. Ele pode ter a participação da iniciativa privada, mas apenas em caráter complementar. Todas essas definições estão explicitadas na Constituição do Brasil. Esse sistema busca a “promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990), como define a Lei 8080/90, também chamada de Lei Orgânica da Saúde<sup>12</sup>.

Nessa lei, a saúde passa a ser vista como mais abrangente e é definida como

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Essa política reconhecida na CF – 88 e tendo leis orgânicas próprias é um indicativo de que o Estado está sendo obrigado a atender a esse tipo de demanda da população. Mesmo que minimamente, as condições de promoção, recuperação e proteção devem ser garantidas. Como já salientado, tudo que estiver envolvido no processo saúde-doença deve ser levado em consideração.

Na Constituição Federal, a saúde se encontra juntamente da previdência social e da assistência social na chamada Seguridade Social. A junção dessas políticas tem como objetivo tornar a sociedade mais justa, igualitária, solidária e com redução da pobreza. A saúde é reconhecida como universal e como tanto atende as pessoas da mesma forma. Os serviços públicos prestam atendimentos desde situações de baixa complexidade até de alta complexidade. Como não há contribuições para que se possa usufruir dos serviços de saúde Pereira (2002, p. 43) entende que “estava implícito, nessa concepção, o princípio da

---

<sup>12</sup>. A saúde possui duas Leis Orgânicas por conta de decisões políticas na hora de criar uma lei que organizasse o funcionamento da saúde pública no Brasil.



desmercadorização que desvincula a política social da lógica do mercado e da ética capitalista do trabalho, para comprometê-la com o dever cívico da satisfação de necessidades sociais.”

Voltando a previdência social, também nesse mesmo período de criação da LOS em 1990, houve a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Se constituindo da junção de outros órgãos que historicamente estiveram ligados ao seguro, a saúde e/ou a assistência. Dentre os órgãos e sistemas extintos para a formação do INSS foram SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social).

Muitos foram os problemas enfrentados para que a saúde alcançasse o patamar de política pública e mesmo depois desse reconhecimento várias medidas foram tomadas para tentar acabar com essa política. Exemplo disso é a Reforma do Estado<sup>13</sup> proposta por Bresser Pereira<sup>14</sup> em 1995, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a qual pretendia reformar o SUS e dividi-lo em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2006, p. 101). Para Behring (2008), o que se teve no Brasil foi uma contrarreforma entendida como um retrocesso em relação às conquistas da CF de 1988.

A Previdência Social também foi alvo de ataques e tentativas de desmontes. Exemplo claro é a contrarreforma instituída pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998 que estabeleceu entre outras coisas o limite de idade nas regras de transição para a aposentadoria integral no setor público, novas exigências para aposentadorias especiais, mudança na regra de cálculo de benefício, com introdução do fator previdenciário. Não bastasse essa emenda, em 2003 a Emenda Constitucional nº 41 em 31 de dezembro veio para mudar ainda mais esse sistema, dessa vez atingindo novamente o funcionalismo público. Por fim, em 2016 o governo apresentou o texto base de mais uma Reforma da Previdência Social, dessa vez com limitações e ataques mais pesados contra a classe trabalhadora. Essa tentativa de mudança encontra-se no Congresso Nacional para votação.<sup>15</sup>

Assim, é possível ver que os esforços para entregar todo o sistema de seguridade social para o mercado é algo que vem se consolidando cada vez mais no Brasil. Seja por meio

---

<sup>13</sup>. A ideia da Reforma do Estado era organizar e gerir a Administração Pública como se fosse uma empresa, onde o gestor seria uma espécie de gerente com pressupostos de eficiência, efetividade e eficácia. Por esse motivo, deu-se o nome de Reforma Gerencial a essa tentativa de privatização da Administração Pública Brasileira.

<sup>14</sup>. Bresser Pereira era o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE do governo Fernando Henrique Cardoso. Foi o responsável pela criação do documento Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado.

<sup>15</sup>. Essa afirmação foi feita com base na situação da Proposta de Reforma da Previdência de 2016/2017 na data de 24 de maio de 2017.

do desmonte do SUS, pelas mudanças cada vez mais rígidas na Previdência Social ou pela criação de Organizações Não-Governamentais – ONGs para atender aqueles que deveriam ser cobertos pela Assistência Social. Quando as mudanças acontecem são pouco benéficas para a população mais pobre. Porém, apesar dos ataques ainda existem leis que são minimamente cumpridas e cobrem os trabalhadores e seus dependentes.

## **2.2 Cobertura das doenças e dos riscos de trabalho pela legislação brasileira**

A questão da Saúde do Trabalhador foi pouco abordada na história das legislações brasileiras. Antes os trabalhadores sofriam acidentes, mutilações e até mesmo mortes e não tinham nenhuma forma de proteção para si mesmo e/ou para seus familiares. Foi apenas com a promulgação da Lei Eloy Chaves que criava as CAPs que essa realidade começou a mudar. Com o passar dos anos novas conquistas foram sendo alcançadas no que se refere a esse campo.

A saúde e o trabalho estão intrinsecamente interligados por conta da realidade em que o trabalho está incorporado na vida das pessoas. O dia a dia de trabalho muitas vezes causa exaustão e desgastes tanto físicos como psicológicos. A busca por ser melhor e se destacar para conseguir permanecer no mercado de trabalho tem levados muitas pessoas a adoecerem, além do próprio ritmo que obriga cada vez que o trabalhador se adapte e produza mais, tudo em nome do capital.

Segundo o relatório da OIT sobre A prevenção de Doenças Profissionais (2013, p. 06) “as mudanças tecnológicas, sociais e organizacionais no local de trabalho resultantes da rápida globalização suscitaram riscos emergentes e novos desafios.” Esses riscos que atingem os trabalhadores são de causas variadas desde os mais comuns como doenças ergonômicas até questões mais sérias como doenças do sistema nervoso ou transtornos mentais e comportamentais. São diversos os tipos de doenças que atingem os trabalhadores, seja pela quantidade de trabalho, condições ou outros fatores.

Esse conjunto de fatores leva a doenças ocupacionais que em muitos casos não são tratadas ou reconhecidas como merecem, enquanto o trabalhador continua a executar suas tarefas doente e sem cobertura.

O Brasil só passou a ter uma preocupação maior com essa temática quando em 1981 a Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabeleceu que todos os Estados-membros da organização deveriam “formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de prevenir acidentes

e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.” (BRASIL, 2012, p. 09). Porém, mesmo com essa determinação, apenas em 1994, o Brasil incorporou as determinações dessa Convenção.

A cartilha da Comissão de Saúde e Segurança no Trabalho sobre o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) traz um breve histórico sobre a evolução da OIT e do Brasil nessa temática. (BRASIL, 2012). O referido plano mostra que foi em 28 de abril de 2004 a primeira ação concreta do Brasil em relação à saúde do trabalhador, onde se realizou a Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador com objetivo de colocar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador em execução. Em 2005 foi criado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPS) um grupo de estudos para discutir essa política e redigi-la. Nesse mesmo ano esse documento foi colocado para consulta pública. Em 2008, a OIT aprova mais uma Convenção, dessa vez em relação à Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. O Brasil ainda não é signatário dessa Convenção. Em 2007, a Organização Mundial da Saúde – OMS aprova o Plano de Ação Mundial Sobre a Saúde dos Trabalhadores. Em 2011, o Brasil enfim aprova seu Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho por meio do decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Em 2012, é aprovada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Plansat).

Esse plano tem como objetivo “(...) a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.” (BRASIL, 2012, p 21). Ele determina que os três ministérios que devem ser responsáveis pela implementação e execução desse plano são o MTE, MS e MPS. A gestão fica por conta de representantes do governo, dos trabalhadores e dos empregadores.

Como objetivos específicos o Plano (2011, p. 24) apresenta:

- Inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho – SST;
- Harmonização da legislação trabalhista, sanitária, Previdenciária e outras que se relacionem com SST;
- Integração das ações governamentais de SST;
- Adoção de medidas especiais para atividades laborais submetidas a alto risco de doenças e acidentes de trabalho;
- Estruturação de uma rede integrada de informações em SST;

- Implementação de sistemas de gestão de SST nos setores público e privado;
- Capacitação e educação continuada em SST;
- Criação de uma agenda integrada de estudos e pesquisas em SST;

Cada um desses objetivos definidos traz consigo estratégias que auxiliarão os órgãos executores, no caso MS, MTE e MPS, a alcançar o que se espera. Embora não seja simples e fácil atingir, algumas ações já vêm sendo tomadas em prol da saúde do trabalhador. Um exemplo é a reabilitação profissional oferecida pelo INSS para que o trabalhador possa voltar a executar tarefas no mercado de trabalho, mesmo que não seja nas funções de antes. Porém, algumas são de difícil execução, pois dependem muito dos empregadores que na maioria dos casos não tem uma visão mais humana sobre seus empregados.

Além do PNSST e da Plansat, outras legislações importantes para manter a segurança e a saúde do trabalhador são as Normas Regulamentadoras - NRs. Essas normas foram definidas pela Portaria Nº 3.214/78 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho - SSST, atualmente, Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho - DSST, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e podem ser definidas como um conjunto de orientações e procedimentos relativos à segurança e medicina do trabalho. Foram criadas para dar suporte a organização do local de trabalho e mostrar como devem estar às condições para que o trabalhador execute suas atividades sem maiores riscos.

A primeira norma se refere às disposições gerais e traz que as normas “são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.” (BRASIL, 1978, NR 1). No total são 36 NRs e embora sejam antigas e anteriores ao PNSST, são importantes instrumentos para consolidar condições boas de segurança e trabalho.

Cabe mostrar um pouco de como se dá na prática o reconhecimento no Brasil e o que as empresas e órgãos públicos vêm fazendo em relação ao processo saúde-doença. O documento do DIEESE definido como “A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil” de 2015 mostra os resultados de uma pesquisa que tinha como objetivo “analisar o conteúdo das cláusulas negociadas e das reivindicações de greves que abordam o tema saúde do trabalhador” (DIEESE, 2015, p. 04). Esse documento demonstra que muitas empresas e órgãos não se preocupam com o reconhecimento por completo e aprofundado do que causa o adoecimento e como realmente evitá-lo.

O primeiro grupo que o relatório mostra são as inovações tecnológicas e organizacionais que podem levar a um “aumento no ritmo de trabalho.” (DIEESE, 2015, p. 11) e consequentemente a um adoecimento. O segundo tópico se refere à intensidade do trabalho, ou seja, a carga de trabalho utilizada em determinado tempo para realizar determinada atividade. O terceiro tópico fala do ritmo de trabalho que tem se alterado substancialmente por conta da polivalência (DIEESE, 2015). Esses três primeiros aspectos analisados no documento são a base de constituição desse trabalho e já foi bastante discutido no capítulo anterior.

O documento também mostra o tratamento em relação à violência, mais especificamente sobre o assédio moral, sexual e a sobrecarga de trabalho. Um ponto importante tratado é sobre o estresse, que será mais bem analisado no capítulo seguinte assim como a dependência. Por fim, o documento mostra como é o tratamento em relação à qualidade de vida no trabalho e os espaços de lazer.

Dessa forma, o Brasil hoje tem avançado muito no que se refere à saúde do trabalhador. Esse avanço foi maior no campo normativo, porém ações concretas foram tomadas. A contratação de médicos do trabalho, a empresa arcar com os custos de complementação do salário quando o seu empregado está em auxílio doença, a estabilidade do trabalhador por 12 meses quando esse retorna da recuperação de algum acidente são exemplos que estão no documento do DIEESE de 2015 e que mostram avanços práticos no Brasil. Não é o ideal, pois um grande contingente de trabalhadores ainda se encontra em risco devido a suas atividades laborais, além de não estarem completamente cobertos em casos de infortúnios do destino. Novos riscos surgem conforme o capitalismo se modifica e se torna mais cruel. Assim, muito ainda tem que se avançar para que o trabalhador brasileiro possa realmente estar coberto e seguro em seu trabalho, ou seja, coberto em caso de acidentes ou adoecimento. A seguir será apresentado como a Previdência Social abarcou a saúde do trabalhador após a Constituição de 1988.

### **2.3 Doenças Ocupacionais: reconhecimento e cobertura pela Previdência Social no Brasil**

No Brasil, as doenças do trabalho<sup>16</sup> podem gerar benefícios para aqueles que contribuíram com a previdência social. Existem três regimes, sendo eles o Regime Geral de

---

<sup>16</sup>. O Decreto nº 2.172/97 que Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, em seu Art. 132, inciso II, define doença do trabalho como aquela doença “adquirida ou desencadeada em função de condições

Previdência Social(RGPS), Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) ou Regime de Previdência Complementar (RPC).

Cada um desses regimes é reconhecido e definido de uma forma por determinados artigos da CF-88. O RGPS é definido no artigo 201 e pode ser entendido “de caráter contributivo e filiação obrigatória.” (BRASIL, 1988). Sua execução fica a cargo do INSS e os seus contribuintes são todos aqueles que não têm um RPPS, ou seja, empregados via CLT, empregadores, autônomos, domésticos, etc. O RPPS está definido no artigo 40 e se refere a todos os trabalhadores de órgãos públicos que são contratados via Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos – Lei 8112/1990. Não são incluídos “os temporários, os cargos de confiança, agentes políticos e contratados por empresas públicas.” (BRASIL, 2015). Por fim, o RPC definido no artigo 202 como “de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado.” (BRASIL, 1988). Sua execução é feita pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar - PREVIC. Pode ser de duas formas: aberto para quem quiser aderir ou fechado apenas para determinados membros de uma empresa, esses são os Planos de Pensões.

Para simplificar melhor e atingir o foco e objetivos de desse trabalho será considerado apenas o Regime Geral que tem caráter de filiação obrigatório e é sob qual regime a previdência social brasileira se organiza. Os Regimes Próprios embora sejam obrigatórios também não serão analisados, pois a pesquisa se estenderia muito. Já o Regime Complementar é facultativo e nem todos que trabalham ou contribuem de alguma forma com o INSS são favorecidos, apenas se decidirem que contribuirão também com esse regime.

Os benefícios a que tem direito os cidadãos cobertos por algum dos Regimes de Previdência Social podem ser de vários tipos. Existem benefícios exclusivos para aqueles segurados que tiveram suas capacidades laborativas reduzidas ou completamente impossibilitadas, seja por conta de doenças adquiridas devido às atividades exercidas ou não, seja por acidentes no trabalho ou não. Podemos dividir esses benefícios em dois tipos: Benefícios Previdenciários e Benefícios Acidentários. Ambos os tipos têm em sua organização o Auxílio Doença que permite um afastamento do segurado por um período de tempo definido por um perito do INSS e permite o pagamento de um valor calculado por esse órgão sobre o salário. Tem também a Aposentadoria por Invalidez que possui alguns requisitos básicos a serem seguidos como tempo mínimo de contribuição de 12 meses.

---

em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.” (Brasil, 1997). Porém para que seja considerada doença do trabalho, ela deve constar na lista de doenças que está anexada ao decreto em questão.

A Previdência Social possui em seu quadro outros benefícios como diferentes tipos de aposentadorias (por Idade, Tempo de Contribuição, do Professor, Especial, por Idade ou Tempo de Contribuição do Portador de Deficiência), Pensão por Morte e Auxílio-reclusão, Salário-Maternidade (Contribuinte Individual, Facultativo, Segurado Especial, Trabalhadora Avulsa, Empregada, Empregada Doméstica).

Cada benefício é devido aos segurados de acordo com o tipo de filiação a que esse tem com a Previdência Social. A Previdência possui atualmente 6 tipos de segurados ou modalidades de contribuição, sendo elas:

- **Empregados:** todos os trabalhadores que estão trabalhando com carteira assinada em determinada empresa, como o vendedor, a secretária, o caixa de supermercado, etc;
- **Empregados Domésticos:** aqueles que exercem suas atividades no âmbito doméstico como a governanta, o jardineiro, etc.
- **Trabalhadores Avulsos:** são aqueles que são prestadores de serviços a diversas empresas, mas sem constituir vínculo empregatício com nenhuma delas, como os estivadores;
- **Contribuintes Individuais:** aqueles que exercem suas atividades por conta própria e que não possuem vínculo empregatício de nenhuma natureza, como os comerciantes, os autônomos, profissionais liberais, etc;
- **Segurados Especiais:** exercem suas atividades em regime familiar. Nessa categoria basicamente se encaixam os trabalhadores rurais e os pescadores artesanais;
- **Segurados facultativos:** todos que não exercem atividades laborativas, mas que querem contribuir com o INSS para se resguardarem de possíveis eventos em sua vida. Exemplo dessa categoria são os estudantes.

O acesso a esses benefícios da Previdência Social leva um tempo, pois o trabalhador deve passar por uma perícia junto ao médico perito do INSS para que possa atestar a real incapacidade do beneficiário de continuar trabalhando. Caso seja confirmada a incapacidade, o beneficiário terá acesso aos benefícios de incapacidade, devendo estar sempre realizando a perícia para atestar se ainda não tem condições de voltar as suas atividades. Além disso, caso não tenha mais condições de voltar as suas antigas atividades, o trabalhador poderá passar por uma Reabilitação Profissional que nada mais é do que uma readaptação a outros tipos de trabalho. Existe também o Serviço Social que orientará o trabalhador quanto aos seus direitos. Porém, para acessar essa política pública, o trabalhador deve estar em dia com suas contribuições para com o INSS.

Nesse contexto convém compreender a Seguridade Social brasileira e seus princípios para então discutir os benefícios da Previdência Social. As três políticas citadas – saúde, previdência social e assistência social - compõem a chamada Seguridade Social, reconhecida a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Esse campo da Seguridade Social assim como o das outras políticas é de embates. Enquadrada no capítulo II, Seção I - Da Ordem Social, a Seguridade Social é definida no artigo 194 como “(...) um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Brasil, 1988). Tem como seus objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A Seguridade Social brasileira é um híbrido dos Modelos de Seguridade Social de Beveridge e de Bismarck. O modelo bismarckiano é aquele em que a pessoa para ter direito a algum benefício deve ter contribuído anteriormente e seu retorno será proporcional ao valor da contribuição. Esse modelo se assemelha com o regime de capitalização da previdência social e que era muito forte antes criação da LOPS. Já o modelo beveridgiano tem um caráter mais universal, sem necessidade de prévia contribuição e onde o financiamento advém de impostos cobrados pelo Estado. Nas palavras de Boschetti (2009, p. 08) “a seguridade social (...) conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).”

Prevalece na seguridade social brasileira uma lógica do seguro, que exclui uma parcela grande da população. A proposta de colocar os princípios para todos não esta sendo completamente efetivada, o que faz com que “o conceito de seguridade social fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência.” (Boschetti, 2009, p. 10). Como já discutido no capítulo 1, a População Economicamente Ativa – PEA está em grade parte fora do mercado de trabalho, o que impossibilita o acesso por completo a seguridade social.



As políticas da Seguridade Social estão se distanciando dos objetivos previstos na Constituição Federal. É preciso voltar-se para o fortalecimento desses princípios enquanto possíveis modificadores dessa realidade. É preciso lutar por uma seguridade social que atenda o indivíduo em qualquer situação que ele venha a enfrentar. Boschetti (2009) aponta três caminhos para o desmonte da seguridade social brasileira:

1. Desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente.
2. A fragilização dos espaços de participação e controle democrático previstos na Constituição como Conselhos e Conferências.
3. Via do orçamento com as fontes não diversificadas de recursos.

O que se observa hoje é o contrário do que a Constituição define. A saúde pública brasileira está um caos com notícias diárias sobre falta de profissionais e de materiais básicos para o funcionamento dos hospitais e centros de saúde. A assistência social não consegue atender toda a demanda de pessoas que necessitam, tendo que “escolher” por meio de uma seleção cada vez mais rígida quem será atendido. A previdência social tem cada vez mais empecilhos para que o trabalhador acesse aquilo que vem pagando para ter direito. Caso explícito é a Reforma da Previdência Social que está em pauta na Câmara dos Deputados<sup>17</sup>, onde muito se pretende mudar em relação a essa política.

Após essa explicação sobre a constituição da Seguridade Social brasileira, passemos agora para o conceito de saúde do trabalhador. A Lei 8080/90 chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS) define saúde do trabalhador em seu artigo 6º como:

(...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...). (BRASIL, 1990).

Essa definição abrange diversas situações em que o trabalhador pode ser inserido durante a realização de suas atividades laborais. Faz referência a produtos utilizados e como esses podem trazer malefícios, papel dos sindicatos, as novas tecnologias e a relação com o adoecimento.

As condições em que o trabalhador está inserido são importantes para determinar sua saúde. Não são raras as situações de estresse relacionadas ao trabalho. Segundo o relatório da OIT sobre A prevenção de Doenças Profissionais (2013, p. 06) “as empresas estão cada vez

---

<sup>17</sup>. Informação referente a situação da Reforma da Previdência em 16 de maio de 2017.

mais a ser confrontadas com casos de assédio psicológico, intimidação, assédio moral e outras formas de violência.” Os trabalhadores não conseguem encontrar saídas nem sabem a quem devem recorrer. O relatório aponta ainda que está se tornando comum o uso de álcool e substâncias psicoativas para poder dar conta das situações do dia a dia no ambiente de trabalho.

Essa relação entre o trabalho e a causa de doenças será mais bem abordada ao se observar os dados de concessões de benefícios e o número de concessões em cada grupo de doenças segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID).

O adoecimento também pode ser causado por conta do agravamento da situação econômica do país que vai atingir de fortemente os trabalhadores como já foi trabalhado no capítulo anterior. Muitos trabalhadores são demitidos, as contas começam a acumular e as doenças mentais e do sistema nervoso tendem a aumentar. Esse tipo de doenças está entre as mais comuns quando se observa as tabelas de concessão de benefícios previdenciários de 2010 a 2014 no Brasil. No próximo capítulo esse ponto será mais bem analisado.

Outra questão que merece destaque é o acidente de trabalho, definido pela Lei 8213, de 21 de julho de 1991, que institui os planos de Benefícios Previdenciários, também conhecida como LOPS como “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico (...) provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.” (Brasil, 1991).

Os trabalhadores que estão cobertos pela Previdência Social têm direito a um benefício definido como Seguro Acidente de Trabalho (SAT). Esse é reconhecido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 7º, inciso XXVIII. Porém, nem todos os trabalhadores têm acesso a esse direito.

Existem profissionais em empresas e em órgãos públicos que são responsáveis por garantir condições que exponham o trabalhador ou que o ajude na recuperação quando adocece. Os profissionais de Serviço Social, de Terapia Ocupacional e Fisioterapia são exemplos práticos. Além disso, algumas empresas realizam atividades que possam contribuir para que o trabalhador tenha uma boa saúde. Essas atitudes são na verdade formas de garantir que a mão de obra não seja perdida ou afasta, ou seja, garantir que a empresa continue lucrando com o trabalho de outros.

Em 2001, o Ministério da Saúde criou um manual de orientações sobre doença relacionadas ao trabalho chamado de Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.

Nele estão descritas as doenças que podem acometer os trabalhadores de acordo com o tipo de trabalho exercido. As doenças são classificadas em 14 grupos de Classificação Internacional de Doenças 10 – CID 10.

De acordo com essas doenças definidas nesse manual, a Previdência Social pode enquadrar o segurado em algum dos benefícios existentes para incapacidade laboral. Essa incapacidade laboral é entendida pelo INSS como a impossibilidade do trabalhador de realizar suas funções, impossibilidade essa causada por mudanças na realidade de trabalho, como doenças e acidentes. (ABBAS, 2011). Essa incapacidade pode ser permanente ou temporária e gera benefícios para o segurado da Previdência Social, caso seja realmente atestado que nas condições que o trabalhador se encontra é impossível realizar atividades de trabalho. Os benefícios que atendem a esses eventos, conforme já mencionado, são:

**Auxílio – Doença:** definido nos artigos 59 á 63 da Lei 8213/91 como benefício devido ao segurado que ficou impossibilitado de exercer suas atividades laborais. O período de afastamento é de 15 dias que devem ser pagos pela empresa, apenas a partir do 16º dia que o INSS assumiria. A Medida Provisória nº 664 de 30 de dezembro de 2014, convertida na lei nº 13.135 de 17 de junho de 2015 tentou trazer modificações para esse benefício, estendendo por mais 15 dias o períodos de cobertura do auxílio-doença pelo empregador, todavia isso não foi aceito no Congresso Nacional. O período de cobertura pela empresa passaria para 30 dias e apenas a partir do 31º que o INSS assumiria. Porém, a Lei em que a Medida Provisória foi convertida retomou aos 15 dias<sup>18</sup>. A condição de incapacidade ao trabalho é atestada pelo médico perito do INSS durante o atendimento da perícia que deve ser previamente agendada por telefone ou pelo site da Previdência Social.

**Aposentadoria por Invalidez:** definida no Artigo 42 da Lei nº 8213/91 como benefício devido ao segurado que não possui mais suas condições de trabalho como antes. São aquelas pessoas que sofreram de algum acidente de trabalho ou adquiriram alguma doença que o impossibilitou de exercer suas funções laborativas como eram realizadas. Pode ser um benefício vitalício ou pode ser suspenso, desde que o médico-perito do INSS ateste que o trabalhador tem condições de voltar ao trabalho. Assim como o auxílio doença é preciso passar por perícia junto aos médicos do INSS que comprovem tal incapacidade.

Mesmo com esses benefícios definidos como direitos dos trabalhadores as pessoas ainda tem dificuldades de acessá-los. Há um enorme descompasso entre o adoecimento e a proteção recebida, ou seja, as pessoas estão adoecendo, estão sofrendo acidentes nos locais de

---

<sup>18</sup>. A Lei Nº 13.135 define que os atos que tirem sido praticados de acordo com a Medida Provisória 664 de 30 de dezembro de 2014 seriam revistos e adaptados ao que essa lei prevê.

trabalho, mas a demora para serem atendidas, seja pelos próprios limites institucionais ou por outros motivos, acaba afastando as pessoas dessa proteção. Algumas dificuldades são instituídas pelo próprio Estado ao definir critérios muito rígidos para acessar direitos. Esse assunto será tratado no próximo capítulo onde se discutirá a relação entre intensificação do trabalho e a alteração nos motivos de pedidos de benefícios previdenciários por incapacidade laboral. Pretende-se discutir de forma clara o que está acontecendo no mundo do trabalho hoje, quais são as novas doenças que estão surgindo e/ou as que estão se intensificando cada vez mais e o ponto principal é como que a Previdência Social brasileira está absorvendo essa configuração.

## **2.4 Relação entre saúde e trabalho**

O trabalho é central na vida das pessoas. Como já foi discutido ele é o responsável pela produção do valor de uso e do valor de troca, porém é cheio de contradições. Segundo Mendes e Wunsch (2011) citando Antunes (1999) o trabalho propicia qualidade de vida, satisfação de necessidades, porém ao mesmo tempo pode ser aprisionador, causador de doenças e acidentes decorrentes das atividades e das condições em que estas são executadas.

A relação que existe entre o adoecimento do trabalhador, suas condições de saúde e o seu trabalho pode ser estabelecida analisando tudo de novo que foi incorporado no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva, processo no qual grandes transformações foram feitas tanto nas atividades realizadas como no próprio trabalhador.

A reestruturação produtiva trouxe diversas “(...) inovações como a robótica e a automação microeletrônica aplicada à produção; as novas modalidades de gestão de produção; (...) a série de racionalização da produção (...)” (LARA, 2011, p. 79). Foram essas mudanças que propiciaram um aumento na produção que propiciaram aumento nas doenças do trabalho também. O trabalhador teve que se adaptar ao tempo das máquinas e mesmo que suas atividades não sejam com grande esforço podem causar doenças.

Lara (2011) traz como exemplo a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), que se tornou muito comum na atualidade. Essa doença será analisada com mais profundidade no capítulo 3 dessa pesquisa. Cabe levantar aqui apenas que o trabalhador realiza a mesma atividade repetidamente, o que lhe causa sobrecarga.

Dizer que a reestruturação produtiva foi a causadora das doenças do trabalho é algo errado, pois ela não causou, apenas intensificou e trouxe a tona com mais força algo que já

vinha acontecendo. Porém, novas enfermidades surgiram a partir dela, mas a situação de adoecimento profissional é algo antigo.

Como as coisas estão mudando rápido, o trabalhador deve se adaptar a essa realidade e estar cada vez mais preparado para atender a essas configurações que surgem. A profissionalização constante é necessária, o aprendizado e absorção de conhecimentos é um ponto principal entre continuar no mercado de trabalho ou não. Diante disso, além de diversos outros fatores os trabalhadores tendem a adquirir doenças e acabam se afastando de suas atividades. Se for segurado da previdência social tem direito a alguns benefícios, caso não seja segurado recorrerá à assistência social que não consegue em muitos casos absorver todos

Para além da LER existem doenças causadas pela situação do mercado de trabalho. Segundo Lara (2011, p. 80) “a competitividade entre os próprios trabalhadores por um posto de trabalho gera angústia e ansiedade, o que faz aumentar tensões psicológicas e pode acarretar distúrbios mentais e lesões”.

Ainda segundo Lara (2011, p. 83) “LER, distúrbios mentais provocados pelo estresse, as lombalgias, as perdas auditivas e os problemas oculares” está entre as principais doenças do trabalho na atualidade. A pesquisa realizada nesse trabalho mostra ainda doenças do sistema circulatório, neoplasias, envenenamentos, dentre outras.

Assim, é preciso reconhecer que esse campo da saúde pública merece atenção. Como já mostrado existem várias legislações que regulam a atenção a saúde do trabalhador, mas na prática não é feita muita coisa. Segundo Mendes e Wunsch (2011, p. 474) “os processos de adoecimento são ocultados frente à precarização das condições de trabalho, o que vem levando ao não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho e à consequente ausência de proteção social.” Os esforços estão todos voltados para a valorização do capital e o trabalhador é apenas um instrumento desse processo.

### **CAPÍTULO 3**

## **EVIDÊNCIAS DA RELAÇÃO ENTRE A INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO E A ALTERAÇÃO DO QUADRO DE MOTIVOS DOS REQUERIMENTOS DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS POR INCAPACIDADE LABORAL**

### **3.1 Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez: garantias para os impossibilitados para o trabalho**

A Previdência Social é uma política pública que juntamente da Saúde e da Assistência Social compõe a Seguridade Social brasileira. Definida no artigo 201 da Constituição Federal de 1988 como:

(...) organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante;

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes.

O objetivo dessa política é garantir uma renda aos segurados e seus dependentes quando o trabalhador se encontra afastado ou impossibilitado para realizar suas atividades. Tem o caráter contributivo e no Brasil funciona na lógica do seguro, onde apenas quem com ela contribui, dela se beneficiará. A previdência compreende um grande sistema de atenção ao trabalhador, além de gerir um benefício da Política de Assistência Social – o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS).

Existem diferentes formas de contribuir e ficar segurado pela Previdência Social, conforme já foi explicado no capítulo anterior. Essas maneiras de ficar segurado podem ser como empregado, empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, segurado especial e segurado facultativo. Cada tipo de segurado tem direito a acessar benefícios específicos que também dependem de um período de carência para que se possa usufruir deles.

Os benefícios que serão foco de análise nesse trabalho é o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez. Ambos são devidos a todos os segurados que contribuem com a

previdência social, independente da forma que essa contribuição se dá. Cada um desses benefícios tem suas especificidades e se organiza de uma maneira.

### **3.1.1 Auxílio-Doença**

Definido no Capítulo II, seção V, subseção V da Lei nº 8213/1991, o auxílio-doença é um benefício previdenciário concedido para o segurado que, depois de realizada uma perícia junto ao INSS, é diagnosticado como incapaz para o trabalho, mas não permanentemente. O médico perito irá identificar se realmente o segurado não tem condições de exercer suas atividades e de acordo com o tipo de enfermidade, determinará se o segurado tem direito ou não ao auxílio-doença e o tempo que o segurado receberá o benefício. Tem uma duração de no máximo dois anos e após esse período é necessária a realização de uma nova perícia para atestar as atuais condições do trabalhador. Caso seja diagnosticado que ele ainda não tem condições de voltar ao trabalho, então o médico concede mais algum tempo de auxílio doença. Se for diagnosticado como saudável ou em condições de trabalhar, o segurado volta as suas atividades.

O segurado só acessa esse benefício após quinze (15) dias de afastamento do trabalho, sendo que os primeiros quinze (15) dias são pagos pela empresa e apenas a partir do décimo sexto (16º) dia o trabalhador passa a receber pelo INSS conforme dispõe o artigo 60 da Lei 8213/1991.

O auxílio-doença pode ser classificado de duas maneiras: acidentário e previdenciário. O auxílio-doença previdenciário é devido aos contribuintes das diversas modalidades de segurados da previdência social. Possui um período de carência de 12 meses de contribuição e a empresa não é obrigada a depositar FGTS enquanto o segurado está em benefício. Porém, mesmo com esse tempo de carência, existem casos previstos em lei, que são isentos de carência prévia. Essa é a outra modalidade de auxílio doença, chamado de acidentário e é devido somente aqueles empregados que tem vínculo empregatício com alguma empresa, não exige contribuição mínima para ser acessado e mantém a obrigação da empresa manter o depósito do FGTS (BRASIL, 2015).

A isenção de carência para o auxílio-doença acidentário só atende aos casos previstos na Portaria Interministerial do MPAS/MS nº 2.998/2001, sendo eles:

Art. 1º As doenças ou afecções abaixo indicadas excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS:

I - tuberculose ativa;  
II - hanseníase;  
III- alienação mental;  
IV- neoplasia maligna;  
V - cegueira  
VI - paralisia irreversível e incapacitante;  
VII- cardiopatia grave;  
VIII - doença de Parkinson;  
IX - espondiloartrose anquilosante;  
X - nefropatia grave;  
XI - estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);  
XII - síndrome da deficiência imunológica adquirida - AIDS;  
XIII - contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e  
XIV - hepatopatia grave (BRASIL, 2001).

Essa isenção se dá apenas se o segurado for acometido por alguma dessas enfermidades após a sua filiação a previdência social conforme explicita o parágrafo único do artigo 59 da Lei nº 8213/1991.

Análises que constam no informe da Previdência Social (BRASIL, 2012) mostram que tem havido uma redução no número de conversões de benefícios de auxílio doença para pensão por invalidez. Alguns argumentos levantados são que com a contratação de médicos do quadro do INSS tem havido menos fraudes e menos erros, os benefícios são concedidos de acordo com a real situação do segurado e não como forma de aplacar o mau atendimento oferecido pelo INSS.

Conforme consta no Informe de Previdência Social de dezembro de 2012 (p. 09) “apenas parcela reduzida dos auxílios-doença acaba convertida em aposentadoria por invalidez.” Com isso, muitas pessoas permanecem recebendo esse auxílio e tendo que estar sempre realizando a perícia junto ao INSS. É uma questão difícil de lidar porque em vários casos o segurado não tem condições de voltar ao trabalho, mas a perícia não reconhece a incapacidade laboral.

O INSS oferece o serviço de reabilitação profissional para que o trabalhador possa se reinserir no mercado em atividades que estejam de acordo com suas limitações e capacidades. Esse serviço é entendido como:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive. (BRASIL, 1991).



Assim, esse serviço é uma alternativa para que o trabalhador volte a trabalhar e não dependa para sempre da aposentadoria ou tenha que ficar realizando perícias para continuar em auxílio-doença, mesmo que seja um direito seu. A referida lei ainda determina que as pessoas em auxílio-doença tenham prioridade quanto ao acesso a esse serviço. Cabe ao INSS organizar o acesso aos seus serviços e benefícios para que os princípios constitucionais da Seguridade Social brasileira sejam realmente efetivados.

### **3.1.2 Aposentadoria por Invalidez**

Diferentemente do auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez é um benefício devido ao trabalhador segurado que perdeu suas capacidades de trabalho de forma duradoura e totalmente. O artigo 42 da lei 8213/1991 diz que

(...) a aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição. (BRASIL, 1991).

Para ser concedida é preciso que seja realizada uma perícia junto ao INSS que ateste a incapacidade para o trabalho e assim como no auxílio doença os primeiros quinze (15) dias de afastamento são de responsabilidade da empresa, sendo o INSS responsável apenas a partir do décimo sexto (16º) dia. A maioria dos casos em que o segurado recebe esse benefício é de pessoas que estavam em auxílio-doença, “são raros os casos de aposentadorias por invalidez concedidas diretamente, sem que os segurados tenham passado algum período afastados na condição de beneficiários de auxílios-doença” (BRASIL, 2012).

Assim como o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez é de dois tipos: a acidentária que não exige um período de carência para ser concedida ao segurado, basta estar inscrito no Regime Geral de Previdência Social e ser acometido por alguma das enfermidades previstas na Portaria Interministerial do MPAS/MS nº 2.998/2001, já mencionada. A aposentadoria por invalidez previdenciária exige um mínimo de contribuição de 12 meses. O valor do benefício é de 100% do salário, sem redução, ao contrário do auxílio-doença que corresponde a 91%. Esse benefício tem um acréscimo de 25% sobre o valor recebido caso a pessoa incapacitada necessite de ajuda de terceiros.

Como já citado, poucas são as conversões de auxílios-doença em aposentadoria por invalidez. Sempre que o segurado volta para realizar a perícia de acordo com a data

estabelecida, esse benefício acaba sendo renovado por mais um período ou cessado de vez. A aposentadoria seria um último recurso utilizado. A afirmação sempre é a de que a previdência se encontra em déficit, não sendo possível conceder a quantidade de aposentadorias solicitadas.

Os motivos de requerimento de benefícios, como os citados anteriormente, podem ter a ver com a atual situação do mundo do trabalho. As pessoas estão sendo cada vez mais cobradas e exigidas. O tempo de descanso está reduzido e quando não, acabam tendo que trabalhar mais durante o expediente. Questões sobre a forma como esse trabalho está sendo realizado geram preocupações. A situação e a realidade econômica, social, política e do mercado de trabalho são fatores que também influenciam no processo saúde-doença das pessoas.

Assim, seguindo nessa análise pretende-se mostrar as demandas que chegam para a previdência social referentes a esses benefícios. Serão mostrados os dados referentes aos anos de 2010 a 2014 quanto aos benefícios concedidos segundo diferentes pontos de análises como sexo, idade, localidade e o principal que se refere às doenças. Com isso almeja-se entender a relação entre intensificação do trabalho e adoecimento. Alguns pontos importantes foram levantados por pesquisas como a do DIEESE de 2015, os informes da previdência social de 2012 e 2013 que mesmo antigos acabaram dando uma ideia de como está a realidade do trabalhador brasileiro. Dessa forma, a análise agora se volta para uma parte quantitativa do trabalho, com os dados colhidos nos Anuários Estatísticos da Previdência Social (AEPS).

### **3.2 Quantidade de benefícios concedidos para os segurados segundo local de moradia e sexo com ênfase no auxílio doença e aposentadoria por invalidez**

A quantidade de benefícios concedidos pelo INSS tem crescido entre os anos de 2010 e 2014, segundo observações feitas nos Anuários Estatísticos desses anos. Em 2010 foram um total de 4,6 milhões de benefícios, sem distinção quanto à espécie. Desse total de concessões 41,0%, foram referentes a auxílio-doença previdenciário, ou seja, quase 1,9 milhões de pessoas passaram a ser cobertas pela Previdência Social devido a doenças de diversas origens. Quando se observa em 2014, ainda segundo o AEPS, houve um total de concessões de 5,2 milhões de benefícios. Sendo que 44,7% foram para o auxílio-doença previdenciário. O aumento entre esses anos foi de 13% na quantidade de benefícios concedidos. O auxílio-doença previdenciário foi o benefício que teve o maior crescimento no número de concessões dentre os três benefícios mais concedidos, sendo eles o auxílio doença, aposentadoria por

idade e salário-maternidade, respectivamente com variação de 9%, - 1,6% e 1%. A tabela 2 mostra a quantidade de benefícios que foram concedidos nos anos entre 2010 e 2014.

**Tabela 2:** Quantidade de benefícios concedidos pelo INSS, segundo grupos de espécie, de 2010 a 2014

<b>Grupo de espécie</b>	<b>Total de benefícios concedidos</b>				
<b>ANO</b>	2010	2011	2012	2013	2014
<b>TOTAL</b>	<b>4.640.120</b>	<b>4.767.039</b>	<b>4.957.681</b>	<b>5.207.629</b>	<b>5.211.030</b>
<b>BENEFÍCIOS DO RGPS</b>	<b>4.261.083</b>	<b>4.423.616</b>	<b>4.629.268</b>	<b>4.851.554</b>	<b>4.866.734</b>
<b>Previdenciários</b>	<b>3.909.359</b>	<b>4.077.115</b>	<b>4.295.870</b>	<b>4.513.432</b>	<b>4.554.542</b>
<b>Aposentadorias</b>	<b>1.025.796</b>	<b>1.061.724</b>	<b>1.102.424</b>	<b>1.162.345</b>	<b>1.150.880</b>
Tempo de Contribuição	276.841	297.707	298.091	314.260	315.542
Idade	565.277	580.716	621.515	654.523	645.687
Invalidez	183.678	183.301	182.818	193.562	189.651
Pensão por Morte	386.264	396.278	399.295	414.675	409.245
<b>Auxílios</b>	<b>1.925.012</b>	<b>2.050.673</b>	<b>2.189.334</b>	<b>2.308.001</b>	<b>2.362.729</b>
Doença	1.900.728	2.022.613	2.158.346	2.273.074	2.328.151
Reclusão	18.833	21.189	23.109	25.211	24.074
Acidentário	5.451	6.871	7.879	9.716	10.504
Salário-Maternidade	572.283	568.438	604.815	628.409	631.687
<b>Outros</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Salário-Família	-	-	-	-	-
Abono Permanência	4	2	2	2	1
Vantagem Servidor	-	-	-	-	-
<b>Acidentários</b>	<b>351.724</b>	<b>346.501</b>	<b>333.398</b>	<b>338.122</b>	<b>312.192</b>
Aposentadoria por Invalidez	10.261	11.108	11.433	11.655	10.877
Pensão por Morte	778	751	614	497	412
<b>Auxílios</b>	<b>340.685</b>	<b>334.642</b>	<b>321.351</b>	<b>325.970</b>	<b>300.903</b>
Doença	327.894	319.445	305.208	304.217	279.868
Acidente	12.655	15.068	16.012	21.563	20.883
Suplementar	136	129	131	190	152
<b>BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS</b>	<b>376.854</b>	<b>341.643</b>	<b>327.414</b>	<b>355.509</b>	<b>343.990</b>
Amparos Assistenciais	376.435	341.288	327.037	355.165	343.669
Portador de deficiência	207.396	185.935	174.013	186.027	183.465
Idoso	169.039	155.353	153.024	169.138	160.204
Pensão Mensal Vitalícia	416	352	376	344	321

Renda Mensal Vitalícia	3	3	1	-	-
Invalidez	3	3	-	-	-
<b>IDADE</b>	-	-	<b>1</b>	-	-

Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Esses dados revelam que algo está acontecendo com o trabalhador brasileiro, com seu local de trabalho ou as condições de seu trabalho e vida social que estão afetando diretamente a sua saúde. Além disso, é preciso salientar que esses dados são referentes às concessões, porém muitos pedidos de auxílio-doença são negados pelo INSS, deixando de fora das estatísticas esses trabalhadores que adoeceram, mas não acessaram os direitos.

Essa breve introdução serviu apenas para mostrar a evolução da concessão de benefícios nesse período de tempo. Percebe-se que alguns tiveram um aumento relativamente alto, enquanto outros sofreram quedas. Dentre os que mais aumentaram tem-se aqueles que são decorrentes de contribuições prévias, ou seja, os previdenciários, enquanto que os benefícios assistenciais tiveram uma diminuição. Isso significa que mais uma vez a previdência social brasileira se afasta dos objetivos da seguridade social, pois reforça a ideia do seguro, onde quem paga tem direito.

Quando se analisa apenas o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez pode-se também perceber essa evolução com crescimento ou decréscimo na quantidade de concessões. O foco passa agora a abordar esses dois benefícios em múltiplos fatores e grupos.

O número total de auxílio doença concedidos no ano de 2010 foi de 2.228.622 milhões, desse número, foram 1.900.728 milhões para aqueles de natureza previdenciária e 327.894 de natureza acidentária. Esses números tiveram pequenas oscilações e chegaram em 2014 com um total de 2.608.019, sendo 279.868 acidentários e 2.3238.151 previdenciários. O aumento percentual foi de 17,02%. A maior parcela de concessões ficou com os trabalhadores da zona urbana e esse número foi crescendo cada vez mais com o passar dos anos enquanto que o número de concessões para o trabalhador rural diminuiu bastante.

A tabela 3 abaixo mostra a quantidade total de auxílios doença previdenciários que foram concedidos segundo o sexo do segurado entre os anos de 2010 e 2014. Observa-se uma evolução nos números que tendem a ter um crescimento nesse período de tempo, tanto na quantidade geral como entre homens e mulheres.

**Tabela 3:** Auxílios doença previdenciários concedidos segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014

Anos	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
<b>2010</b>	1.686.759	901.793	784.966
<b>2011</b>	1.814.257	963.763	850.494
<b>2012</b>	1.943.185	1.022.429	920.756
<b>2013</b>	2.063.698	1.063.525	1.000.173
<b>2014</b>	2.112.031	1.068.295	1.043.736
<b>Total</b>	9.619.930	5.019.805	4.600.125

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Observa-se que os homens sempre foram mais cobertos pela previdência social, refletindo a realidade da sociedade em que as mulheres embora tenham um nível educacional maior, acabam excluídas do mercado de trabalho. Outra inferência que se pode tirar desses números é em relação aos tipos de trabalho que são exercidos. Os homens, na maioria dos casos, exercem atividades mais pesadas e perigosas, o que pode justificar a quantidade de auxílios doença ser grande.

Isso também pode ser evidenciado quando se analisa os dados sobre a quantidade de auxílios doenças acidentária concedidos. A tabela 4 registra esses números e mostra que a disparidade é ainda maior entre homens e mulheres com essa espécie do auxílio doença. Como esse benefício é devido apenas àquelas pessoas que são acometidas por alguma das enfermidades que constam na Portaria Interministerial do MPAS/MS nº 2.998/2001, a restrição fica ainda maior e uma parcela grande de trabalhadores ficam de fora e não acessam seus direitos. Porém, os dados mostram que houve uma redução do número de concessões entre 2010 e 2014, o que pode significar que as doenças que estão atingindo os trabalhadores não estão previstas nessa portaria e que essa portaria é muito restritiva e não abarca doenças que estão se tornando comum entre trabalhadores. Também não é de interesse reconhecer esse tipo de benefício como decorrente de acidente, pois existem encargos que podem vir além desse reconhecimento.

**Tabela 4:** Auxílios doença acidentários concedidos, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014

Anos	Total	Sexo
------	-------	------

		<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>2010</b>	327.894	236.509	91.385
<b>2011</b>	319.445	228.435	91.010
<b>2012</b>	305.208	217.684	87.524
<b>2013</b>	304.217	213.131	91.086
<b>2014</b>	279.868	195.374	84.494
<b>Total</b>	1.536.632	1.091.133	445.499

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

A Aposentadoria por Invalidez tem implicações semelhantes as do auxílio doença. Foram concedidas um total de 193.939 aposentadorias por invalidez em 2010, sendo que 183.678 são de natureza previdenciária e 10.261 acidentárias. Quando se compara com 2014 onde foram concedidas 200.528, com 189.651 previdenciárias e 10.877 acidentárias, o crescimento foi de 3,3%. Houve um crescimento na quantidade desse benefício, mesmo que os empecilhos sejam grandes e a resistência em relação a conceder esse tipo de aposentadoria prevaleça, houve um aumento. Uma possível conclusão a partir desses números é que a quantidade de incapacitados para o trabalho está crescendo, o que aumenta também a quantidade de Aposentadorias por Invalidez concedidas.

As tabelas 5 e 6 mostram a quantidade de aposentadorias por invalidez concedidas segundo sexo do segurado. Ambas representam os valores exatos das concessões de cada ano. As mulheres mais uma vez tem uma participação pequena, sendo que na aposentadoria por invalidez acidentária elas representam menos da metade das concessões quanto se compara o período, mas em relação aos homens.

**Tabela 5:** Aposentadorias por invalidez previdenciárias concedida, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014

<b>Ano</b>	<b>Total</b>	<b>Sexo</b>	
		<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>2010</b>	160.624	97.332	63.292
<b>2011</b>	159.377	95.954	63.423
<b>2012</b>	158.932	95.091	63.841
<b>2013</b>	166.911	99.245	67.666
<b>2014</b>	162.751	96.213	66.538
<b>Total</b>	808.595	483.835	324.760

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

**Tabela 6:** Aposentadoria por invalidez acidentárias concedidas, segundo sexo do segurado, de 2010 a 2014

Ano	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
<b>2010</b>	10.261	7.946	2.315
<b>2011</b>	11.108	8.588	2.520
<b>2012</b>	11.433	8.800	2.633
<b>2013</b>	11.655	8.936	2.719
<b>2014</b>	10.877	8.070	2.807
<b>Total</b>	55.334	42.340	12.994

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Com essas análises percebe-se que a zona urbana tem mais acesso aos benefícios previdenciários. Mesmo com toda a evolução e conquistas do campo, o acesso aos direitos ainda é reduzido. É perceptível também que os homens estão mais cobertos do que as mulheres, porém esse fenômeno se explica pelo fato de historicamente o mercado de trabalho ser majoritariamente masculino, ficando as mulheres excluídas desse espaço. Por fim, entende-se que a previdência social está atendendo um maior número de pessoas, pois os números de concessões têm aumentado nesse período de tempo e que se isso acontece é porque as pessoas estão se inserindo no mercado de trabalho formal<sup>19</sup>.

### 3.3 Principais motivos de concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez segundo alguns capítulos da CID

O quadro de concessões de benefícios previdenciários tem se mantido constante quando se analisa os motivos que levaram as pessoas a se afastarem de seus empregos. Essa constância se refere aos principais motivos segundo o capítulo da CID. É perceptível que algumas doenças têm atingido mais os trabalhadores do que outras. Existem diferenças entre aqueles trabalhadores que estão na zona rural e os da zona urbana.

A tabela 7 mostra a doença que esteve em primeiro lugar em número de concessões de auxílio doença previdenciário e acidentário. Essas doenças são aquelas englobadas no capítulo XIX da CID - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas. Elas englobam tudo que possa ter sido causado ao indivíduo e é decorrente de algum fator externo. Podem enquadrar nessa categoria traumatismos, queimaduras e intoxicação por diversos fatores.

<sup>19</sup>. Essa análise se refere ao período de 2010 a 2014. Conforme já foi discutido, a quantidade de pessoas fora do mercado de trabalho tem se reduzido o que impacta diretamente na quantidade de benefícios concedidos e consequentemente na cobertura do trabalhador.

**Tabela 7:** Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por motivos de traumas, envenenamentos e outras consequências externas

Ano	Previdenciários			Acidentários		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
<b>2010</b>	461.610	410.289	51.321	202.740	188.658	14.082
<b>2011</b>	492.034	443.482	48.552	198.362	186.045	12.317
<b>2012</b>	528.196	479.402	48.794	199.248	181.949	11.022
<b>2013</b>	547.675	499.728	47.947	197.556	180.653	10.517
<b>2014</b>	562.682	514.824	47.858	178.348	169.079	9.269
<b>Total</b>	2.592.197	2.347.725	244.472	976.254	906.384	57.207

Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Essas doenças referentes a esse capítulo da CID também são uma das maiores causadoras de concessões de aposentadorias por invalidez. Os dados dos AEPS mostram que entre 2010 e 2014 elas ficaram atrás apenas das doenças do sistema osteomuscular tanto na área rural como na urbana. Isso significa que o adoecimento tem se tornado tão presente na vida das pessoas, seja por não respeitar as regras mínimas de segurança, de proteção ou mesmo por outros motivos, que um número considerável de trabalhadores está se tornando inválido para o trabalho. A tabela 8 sintetiza esses dados.

**Tabela 8:** Aposentadorias por Invalidez acidentárias concedidas por motivos de traumas, envenenamentos e outras consequências externas

Ano	Total	Urbana	Rural
<b>2010</b>	3.427	3.263	164
<b>2011</b>	3.502	3.316	186
<b>2012</b>	3.577	3.425	152
<b>2013</b>	3.585	3.423	162
<b>2014</b>	3.254	3.096	158
<b>Total</b>	17.345	16.523	822

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Em segundo lugar nas concessões de auxílio doença aparecem as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Essas doenças “(...) também chamados de lesões por esforços repetitivos, LER, são afecções de tendões, nervos, ligamentos e músculos, isolados ou combinados, com ou sem a degeneração de tecidos.” (Moreira; Ruschel, 2014, p. 01). Atingem principalmente os membros superiores e reduzem a capacidade produtiva do trabalhador, levando-o, em muitos casos a se afastar do trabalho.



Com as mudanças na forma de trabalho as pessoas estão cada vez mais propensas a desenvolverem doenças desse tipo. Com a inserção da tecnologia, em especial dos computadores no ambiente de trabalho, o tempo gasto na frente dessas máquinas pode causar problemas devido à postura, e/ou grande tempo digitando, dentre outras. Na maioria dos casos as condições mínimas exigidas para o bem estar e conforto do trabalhador não são respeitados. A NR 17 estabelece “parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.” (BRASIL, 1978, NR 17). Porém, pouco se faz na prática o que a legislação determina.

O Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (2001) apresenta algumas causas desse tipo de doenças. Dentre as principais estão

(...) exigências mecânicas repetidas por períodos de tempo prolongados, utilização de ferramentas vibratórias, posições forçadas, fatores da organização do trabalho, como, por exemplo, exigências de produtividade, competitividade, programas de incentivo à produção e de qualidade. Essas utilizam estratégias de intensificação do trabalho e de controle excessivo dos trabalhadores, sem levar em conta as características individuais do trabalhador, os traços de personalidade e sua história de vida. (BRASIL, 2001, p. 425)

A tabela 9 mostra a quantidade de auxílios doença que foram concedidos para esse tipo de doenças. As doenças dessa categoria se mostram muito presentes na atualidade. Como exemplos de profissionais que mais apresentam essas enfermidades têm-se os caixas de supermercados, digitadores, pessoal de linha de produção, dentre outros.

**Tabela 9:** Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Ano	Previdenciários			Acidentários		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
<b>2010</b>	359.758	327.238	32.520	88.270	80.980	7.290
<b>2011</b>	381.900	350.016	31.794	83.837	77.012	6.825
<b>2012</b>	403.152	370.550	32.602	77.384	71.107	6.277
<b>2013</b>	423.417	390.581	32.836	76.400	70.014	6.386
<b>2014</b>	439.157	403.365	35.792	67.772	62.482	5.290
<b>Total</b>	2.007.384	1.841.750	165.544	393.663	361.595	32.068

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Assim como no auxílio doença, a aposentadoria por invalidez previdenciária tem essas doenças como segundo principal motivo de concessões do benefício. A tabela 10 mostra como que esse tipo de enfermidade reflete nas concessões de aposentadoria por invalidez.

**Tabela 10:** Aposentadorias por Invalidez previdenciárias concedidas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Ano	Total	Urbano	Rural
2010	26.723	23.556	3.167
2011	26.495	23.485	3.010
2012	26.307	23.839	2.468
2013	25.765	23.286	2.479
2014	25.682	23.318	2.364
<b>Total</b>	<b>130.972</b>	<b>117.484</b>	<b>13.488</b>

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

O quadro é ainda mais agravante quando se olha esse benefício quanto ao grupo de espécie acidentário, pois as chamadas LER estão na primeira colocação de afastamento de trabalhadores conforme os números presentes na tabela 11.

**Tabela 11:** Aposentadorias por Invalidez acidentárias concedidas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Ano	Total	Urbano	Rural
2010	3.519	3.144	375
2011	3.689	3.365	324
2012	3.761	3.465	296
2013	3.599	3.312	287
2014	3.266	2.999	267
<b>Total</b>	<b>17.834</b>	<b>16.285</b>	<b>1549</b>

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Além da LER, podem se enquadrar nesse capítulo da CID doenças como bursite, dorsalgia, gota induzida pelo chumbo, tendinite, lesões nos ombros, dentre outras.

Por fim, as últimas doenças que se mostram mais presentes nas análises das tabelas de concessão de auxílio doença são aquelas decorrentes de transtornos mentais e comportamentais. Essas doenças podem ser de vários níveis e quando são relacionadas com o

trabalho pode ser uma das principais causas de adoecimento por conta de situações e condições a que o trabalho está envolvido.

O Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001, p. 161) traz que desde “(...) fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional”. O trabalho enquanto central na vida das pessoas pode levar essas a sofrimento psíquico. A posição do indivíduo na sociedade é definida pelo seu trabalho, mas não é qualquer trabalho, suas atividades devem ser aquelas que são necessárias e que trarão lucro para o capitalismo. Porém, como foi dito por Marx (1996) nem todos tem lugar no mundo do trabalho e isso é necessário para o capitalismo continuar seu processo de exploração daqueles que estão em atividade. Os demais ficam fora do mercado e podem adoecer por esse motivo, por não se sentirem parte da sociedade.

Para além do desemprego existem as questões como o próprio ambiente de trabalho. Questões como conflitos entre funcionários, não reconhecimento do trabalho dos funcionários por parte dos patrões, dentre outras podem afetar o psicológico dos indivíduos. Os dados da tabela 12 mostram a quantidade de auxílio doença que foram concedidos por conta desse tipo de doenças.

**Tabela 12:** Auxílios doença previdenciário e acidentário concedidos por motivos de transtornos mentais e comportamentais

Ano	Previdenciários			Acidentários		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
<b>2010</b>	188.862	180.986	7.876	12.483	12.033	-
<b>2011</b>	198.743	191.367	7.376	12.702	12.231	-
<b>2012</b>	202.800	195.628	7.172	11.926	11.544	-
<b>2013</b>	216.161	209.218	6.943	13.021	12.608	-
<b>2014</b>	209.930	202.985	6.945	12.138	11.735	-
<b>Total</b>	1.016.496	980.184	36.312	62.270	60.151	-

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

Segundo reportagem publicada em 2014 no site da Agência Brasileira de Comunicação (EBC), o álcool tem sido um transtorno mental que tem crescido como motivo de afastamento do trabalho. Em 2013 tinham sido concedidos um total de 14.420 auxílios doença por conta do uso abusivo do álcool, ou seja, cerca de 6,6% do total de auxílios doença concedidos nesse ano foram só para questões relacionadas ao álcool. Ao se olhar a tabela

acima percebe-se que conforme os anos foram passando, o número de concessões por doenças desse capítulo da CID foram crescendo também. Não é apenas o álcool que se encaixa nessa categoria de doenças, mas devido ao alto consumo, a facilidade de acesso e o consumo precoce, a preocupação acaba sendo grande.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001) apresenta o álcool como um garantidor da inclusão no grupo, além de que sua ingestão pode ser “calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico.” (BRASIL, 2001, p. 175). Mostra também que o consumo se dá especialmente entre profissionais de atividades pouco prestigiadas.

Por fim, a depressão pode ser citada como um dos principais transtornos mentais. Jardim (2011) mostra que a depressão é o mal do século, que a vida corrida, o estresse diário e as condições adversas de incerteza, especialmente relacionado com o trabalho têm levado as pessoas a quadros de depressão. Quando se relaciona essa doença com o mundo do trabalho logo se percebe que os trabalhadores ou desempregados estão sendo atingidos diretamente por sua nova configuração.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001) traz a questão do desemprego como causador da depressão, assim como exigência cada vez maior no trabalho, demissões, perda de cargos, dentre outros fatores. O trabalhador se encontra fora do mercado de trabalho, excluído e não consegue se inserir o que aos poucos vai afetando seu psicológico.

Outras doenças que acometem o trabalhador podem ser classificadas dentro desse capítulo da CID como demências, transtorno cognitivo, transtornos mentais, dentre outros.

A tabela 12 não mostrou os dados relativos às concessões de auxílios doenças acidentários rurais porque o terceiro principal motivo desse grupo de espécie foram as doenças do sistema nervoso. Podendo englobar enfermidades como Parkinsonismo secundário e distúrbios do sono, são causadas na maioria dos casos por exposição a fatores de risco que podem ser físicos, químicos e biológicos.

Os trabalhadores rurais manuseiam diversos produtos químicos que fazem parte do seu dia a dia. Esses produtos podem ser possíveis causas do adoecimento desses trabalhadores. A tabela 13 mostra o número de concessões de auxílio doença para esse grupo de segurado.

**Tabela 13:** número de concessões de auxílios doenças rurais acidentários por doenças do sistema nervoso

Ano	Total
2010	450
2011	471
2012	382
2013	413
2014	403
<b>Total</b>	<b>2119</b>

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

As doenças decorrentes de transtornos mentais e comportamentais também se mostram como o terceiro principal motivo de concessão de aposentadoria por invalidez previdenciária e nas urbanas acidentárias. A tabela 14 mostra os números de concessões de previdenciárias.

**Tabela 14:** Aposentadoria por invalidez concedidas por transtornos mentais e comportamentais

Ano	Previdenciárias		Acidentárias	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
2010	15.431	-	-	358
2011	14.535	-	-	465
2012	13.023	-	-	536
2013	12.068	-	-	489
2014	11.225	-	-	442
<b>Total</b>	<b>66.282</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2290</b>

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações. Elaboração própria.

A aposentadoria por invalidez previdenciária tem como principal doença no período analisado aquelas decorrer do aparelho circulatório. Essas doenças se referem aquelas decorrentes de fatores pessoais como sedentarismo, má alimentação, tabagismo, etc. Porém, com intensificação do trabalho, com as mudanças e novas configurações que esse tem tendo essas doenças deixam de exclusivamente serem motivadas por causas individuais e passam a ter também o trabalho como fator gerador.

Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001), a Hipertensão Arterial Sistêmica é a principal doença do aparelho circulatório. Pode ser causada por estresse e a pela grade ingestão de sódio.

As atividades laborativas acabam exigindo muito dos trabalhadores. Com o desemprego em alta, as pessoas estão se esforçando cada vez mais para se manterem em seus trabalhos. Essa incerteza atrelada à rotina desgastante são fatores propícios de estresse e causadores da hipertensão. O desemprego também é fundamental na determinação dessa doença.

O Manual traz como exemplo de profissionais que apresentam esse tipo de enfermidade causada por condições de trabalho os motoristas de ônibus e os controladores de tráfego aéreo.

A tabela 15 mostra que o ano de 2010 teve um número grande de concessões de aposentadorias por invalidez decorrentes dessas doenças, tanto na zona rural como na urbana. Foi um total de 28.173 benefícios dessa espécie. Os números começaram a baixar tendo seu menor número em 2014 com 25.482 concessões.

<b>Tabela 15:</b> Aposentadorias por invalidez previdenciárias concedidas por doenças do aparelho circulatório			
<b>Ano</b>	<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
<b>2010</b>	28.173	24.462	3.711
<b>2011</b>	27.153	23.653	3.500
<b>2012</b>	26.324	23.140	3.184
<b>2013</b>	26.526	23.494	3.032
<b>2014</b>	25.482	22.663	2.819
<b>Total</b>	133.658	117.412	16.246

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações.

Elaboração própria

Por fim, tem-se como fator gerador da concessão de aposentadorias rurais por invalidez previdenciárias e acidentárias as neoplasias ou tumores. É o terceiro tipo de doença mais comum, período analisado, que tira o trabalhador de suas atividades permanentemente. Definidas como “(...) um grupo de doenças caracterizadas pela perda de controle do processo de divisão celular, por meio do qual os tecidos normalmente crescem e/ou se renovam, levando à multiplicação celular desordenada.” (BRASIL, 2001, p. 95), podem surgir por conta da exposição a fatores de risco presentes no ambiente de trabalho.

Pode-se citar os trabalhadores da área de saúde que estão envolvidos diretamente com exames de Raio-X. Sua atividade é considerada perigosa, pois em grande quantidade esses

raios podem causar câncer. No caso desses trabalhadores há todo um cuidado para evitar tamanha exposição, assim como tempo de aposentadoria diferenciado, período de férias maior dentre outros. Porém, não são todos os lugares que tomam esse cuidado, o que deixa o trabalhador a mercê da própria sorte.

Segundo a tabela 16, a quantidade de aposentadorias por invalidez rural foi diminuindo com o passar dos anos. Assim como em outras doenças pode-se tomar duas afirmações como possíveis respostas. A primeira é que a previdência não está reconhecendo as enfermidades dos trabalhadores como garantidoras desse benefício. A segunda resposta é que tem havido maiores cuidados para evitar que tais doenças atinjam os trabalhadores.

<b>Tabela 16: Aposentadorias por invalidez rurais concedidas segundo neoplasias (tumores)</b>				
<b>Ano</b>	<b>Previdenciários</b>		<b>Acidentários</b>	
	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
<b>2010</b>	-	1.635	-	41
<b>2011</b>	-	1.520	-	33
<b>2012</b>	-	1.435	-	44
<b>2013</b>	-	1.477	-	30
<b>2014</b>	-	1.367	-	36
<b>Total</b>	-	7.434	-	184

Fonte: Fonte: extraída de Anuários Estatísticos da Previdência Social 2010 a 2014, com adaptações.  
Elaboração própria

Dessa forma, as doenças ocupacionais estão cada vez mais presentes na vida do trabalhador. O estresse, a instabilidade do emprego, o medo do desemprego, o desemprego por si mesmo, as mudanças no mundo do trabalho como inserção de tecnologias, novos tipos de contratos precários de trabalho, tem tudo a ver com o adoecimento. Cada vez mais o trabalhador vem adoecendo, cada vez mais está recorrendo à previdência social, porém como já foi dito um grande contingente de pessoas não contribuem e acabam ficando excluídos desses benefícios. Foi perceptível como que ainda os trabalhadores rurais estão pouco cobertos, mesmo com todo o avanço. Assim, esses números mostram toda uma problemática quanto ao mercado de trabalho brasileiro que adoce o trabalhador.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo do trabalho tem se mostrado dinâmico e com mudanças cada vez mais velozes. A reestruturação produtiva trouxe demandas, atividades e cobranças novas para o trabalhador que teve de se adaptar a essa nova realidade e conseguir se manter em seus postos de trabalho. Embora tenha trazido também inovações e melhorias como máquinas que auxiliam o trabalho tornando-o mais rápido, trouxe também uma intensificação do trabalho, pois o empregado deve estar constantemente em atividade realizando atividades repetitivas e que exigem mais de determinadas partes do corpo do que de outras.

Essa nova configuração exige que as legislações e as políticas atendam uma demanda cada vez mais recorrente, ou seja, a saúde do trabalhador. Esse campo é um embate porque para acessar diversos direitos relativos a ele a pessoa precisa estar em dia com suas contribuições com a previdência social. Embora a legislação apresente outros fatores que influenciam no processo saúde-doença do trabalhador e como evitar esse adoecimento e os acidentes, muita coisa não funciona na prática.

Os motivos de concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez mostraram que as doenças do Sistema Osteomuscular e as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas estão presentes como os dois principais motivos. Essa primeira causa se intensificou com a reestruturação produtiva, pois a realização de trabalhos repetitivos se tornou uma constante. Já a segunda causa também pode ser relacionada com esse processo, mas vai além, abarca também o não cuidado dos empregadores com a segurança de seus trabalhadores, isso porque o importante é valorizar o capital, gerar lucro e o trabalhador é apenas uma peça desse processo.

A indagação de inicial de pesquisa que norteou esse trabalho perguntava se havia relação entre a intensificação do trabalho e a alteração do quadro de benefícios previdenciários por incapacidade laboral. Diante dos dados levantados foi perceptível que os dois fatores estão relacionados. Que com a precarização do trabalho, a intensificação do ritmo desse, muitas pessoas adoecem e recorrem ao benefícios previdenciários. Porém, também foi verificado que embora o número de concessões seja alto, existem enfermidades que tiveram redução como causas, exemplo das doenças do Sistema Circulatório. Além disso, foi perceptível que a zona rural tem sido menos atendida quanto ao adoecimento de seus segurados. Outras perguntas nortearam essa pesquisa e as resposta encontradas confirmaram o que se pensava.



A crise econômica tem aprofundado o adoecimento dos trabalhadores devido ao estresse, a pressão pela produtividade e a ameaça constante do desemprego. Como foi visto a redução dos postos de trabalho no Brasil está cada dia maior, os trabalhadores acabam ficando sem ter como manter o seu sustento, o que leva a um quadro de alcoolismo, depressão e hipertensão.

A partir das respostas encontradas para essas perguntas retoma-se a hipótese inicial de pesquisa a qual dizia que no contexto de crise tem havido uma intensificação do trabalho combinada com aumento da produtividade e com a redução do número de oferta de postos de trabalho, o que impõe uma sobrecarga de trabalho que levou ao surgimento de diversas doenças entre aqueles que exercem atividades laborais. Essa hipótese se confirmou plenamente. As pessoas estão trabalhando cada vez mais para mostrar produtividade e não perderem seus empregos, pois as vagas estão reduzidas devido à crise. O contingente de pessoas fora do mercado pressiona aqueles ocupados e os obriga a aceitar os ditames do capital. Toda essa relação levou ao adoecimento, com surgimento de novas doenças como a LER, principal doença do trabalho na contemporaneidade, e também com intensificação daquelas que antes já existiam.

Os objetivos de pesquisa anteriormente definidos foram alcançados. É possível afirmar que as doenças do trabalho sejam elas novas ou antigas estão cada vez mais frequentes devido ao novo mundo do trabalho. Também é possível afirmar que a previdência social embora atenda a uma grande parcela desses trabalhadores ainda é muito restritiva, funcionando na lógica do seguro e excluindo quem não contribui. A previdência social tem regras rígidas demais e em diversos casos não reconhece o nexo entre trabalho e doença.

Assim, por meio dessas análises dos Anuários Estatísticos da Previdência Social foi perceptível como que o capitalismo é cruel. Para ele não importa a situação do trabalhador, se esse está doente, se ele possui trabalho com garantias mínimas de segurança ou se sequer tem trabalho. O trabalhador só é útil quando está bem, saudável e gerando lucro. A saúde do trabalhador não recebe a importância que merece, o foco é valorizar o capital. A previdência social brasileira embora seja compulsória, para quem exerce atividade formal ou decida com ela contribuir, não é o modelo ideal, porém é um dos pouco mínimos que o trabalhador tem direito, mesmo que essa ainda se distancie em vários pontos dos princípios da Seguridade Social.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, Mohamad. **O que é incapacidade laborativa?**. O blog dos peritos do INSS – Perito Med. 2011. Disponível em: <http://www.perito.med.br/2011/02/o-que-e-incapacidade-laborativa.html>. Acesso em: 14 de abr. 2017.

AGÊNCIA BRASIL. **Alcoolismo é a principal causa de afastamento do trabalho por uso de drogas**. 2014. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/alcoolismo-e-o-principal-motivo-de-pedidos-de-auxilio-doenca-por-uso-de-drogas>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

BARBOSA, Alexandre de Freitas. **A formação do mercado de trabalho no Brasil: Da escravidão ao assalariamento**. 2003. 374 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

BEHRING, Elaine. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanette. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília-DF: Letras Livres: Editora UNB, 2008.

\_\_\_\_\_. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais** – Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V. 1) Brasília, DF, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Civilização Brasileira, 9ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

CAMARGO, Márcio Lima. Trabalho Enquanto Categoria Fundante na Existência Humana e Atual Fase da Reestruturação Produtiva do Capital. In: **I Seminário de Crítica da Economia Política: questões contemporâneas**, 2012. Teófilo Otoni. Anais do I Seminário de Crítica da Economia Política: questões contemporâneas.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. (In) Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo: Boitempo, 2008.

FERREIRA, Aurora Marcionila de Assunção and AMARAL, Angela Santana do. **A saúde do trabalhador e a (des) proteção social no capitalismo contemporâneo**. Rev. katálysis [online]. 2014, vol.17, n.2, pp. 176-184.

G1. **Desemprego fica em 12% no 4º trimestre de 2016 e atinge 12,3 milhões**. Publicado em 31 de janeiro de 2017.

\_\_\_ **Governo vai propor mudanças na lei trabalhista até fim do ano, diz ministro**. Publicado em: 20 de jul. 2016.

GERCINA, Cristiane e MOREIRA, Juliano. FOLHA DE SÃO PAULO. **Confira as doenças que mais dão afastamento no INSS**.

JARDIM, Sílvia. **Depressão e trabalho: ruptura de laço social**. Rev. bras. Saúde Ocupacional, São Paulo, 36 (123): 84-92, 2011.

KIRDEIKAS, João Carlos Vieira. A Formação do mercado de trabalho no Brasil: uma Análise da Legislação Sobre Locação de Serviços no Século XIX . In: **Encontro Nacional de Economia**, 31, 2003, Porto Seguro – BA. Anais do XXXI Encontro Nacional de Economia. 20 p.

LARA, Ricardo Revista Katális. **Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio da. **A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil**. Serv. Soc. Soc. no.122, p. 275-293. São Paulo abr./jun. 2015.

MACHADO, Sidnei. **Trabalho escravo e trabalho livre no Brasil - alguns paradoxos históricos no direito do trabalho**. Revista da Faculdade de Direito da UFPR. Porto Alegre, v. 38, p. 151-58, 2003.

MARINI, Ruy Mauro. “Dialética da dependência”. In: SADER, Emir. **Dialética da Dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã**. Trad. Luiz Cláudio de castro e Costa. 1ª edição. São Paulo, Martins Fontes, 1989.

MARX, Karl. **O Capital**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1996.

MENDES, J. M.R; WÜNSCH, D.S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. IN: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. (Coleção temas sociais).

NASCIMENTO, Carlos Alves do; DILLENBURG, Fernando Frota; SOBRAL, Fábio Maia. Exploração e superexploração da força de trabalho em Marx e Marini. In: **Encontro Nacional de Economia Política**. 17. 2012. Rio de Janeiro. 2012.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006. (biblioteca básica do serviço social; v.1)

OLIVEIRA, Elzira Lúcia de; SARDENBERG, Camila; GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves. Trabalho formal e informal: um balanço das duas últimas décadas. In: **Anais [recurso eletrônico]/XVIII - Encontro Nacional de Estudos Populacionais: transformações na população brasileira: complexidades, incertezas e perspectivas**, 19 a 23 de novembro de 2012 / Águas de Lindóia, SP: ABEP, 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA FLEURY, Sônia M. **(Im) Previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes / Abrasco, 1986.

PEREIRA, Potyara A. P. A saúde no sistema de seguridade brasileiro. In: **Ser Social**. Brasília: UnB, nº. 10, Departamento de Serviço Social, jan - jun de 2002, p. 33 – 53.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 19 de outubro de 2015.

RUSCHEL, Mariele Stertz; MOREIRA, Sandra Martins. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) a principal causa de afastamento de trabalhadores em frigorífico de aves. In: **III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – III CONAPE**. Francisco Beltrão/PR, 01, 02 e 03 de outubro de 2014.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Previdência Social no Brasil: (dês) estruturação do Trabalho e Condições para a sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

Revista Época. **Trabalhadores informais chegam a 10 milhões no Brasil**. 22 de agosto de 2016.

ULYSSEA, Gabriel. **Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura.** Rev. Econ. Polit. [online]. 2006, vol.26, n.4, pp.596-618. ISSN 0101-3157.

VIVEIRO, Alessandra A. **A Revolta da Vacina.** Revista Eletrônica de Ciências - Número 21 - Agosto / Setembro de 2003.

#### **Documentos, relatórios e legislação consultada**

**ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2010.** Disponível em: [http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3\\_111202-105619-646.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf). Acesso em: 04 de março de 2017.

**ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2011.** Disponível em: [http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1\\_121023-162858-947.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf). Acesso em: 04 de março de 2017.

**ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2012.** Disponível em: [http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/AEPS\\_2012.pdf](http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/AEPS_2012.pdf). Acesso em: 04 de março de 2017.

**ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2013.** Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/AEPS-2013-v.-26.02.pdf>. Acesso em: 04 de março de 2017.

**ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2014.** Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf>. Acesso em: 04 de março de 2017.

BRASIL. Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Brasília/DF, abril de 2012a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF.

BRASIL. Decreto nº 2.172, 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social.

\_\_\_\_\_Decreto nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.

\_\_\_\_\_Decreto-Lei nº 5.452, de 01 maio 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

\_\_\_\_\_Decreto nº 22.872, de 29 de Junho de 1933. Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.

\_\_\_\_\_Emenda Constitucional nº 41 em 31 de dezembro 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências.

BRASIL. Evolução Recente das Aposentadorias por Invalidez. In: **Informe de Previdência Social – Dezembro de 2012**.

BRASIL. **Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990**. Seguro Desemprego. Regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial, institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e dá outras providências.

\_\_\_\_\_Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos da Previdência Social e dá outras providências.

\_\_\_\_\_Lei nº 13.183 de 4 de novembro de 2015. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado e altera outras leis.

\_\_\_\_\_Lei nº 13.134 de 16 de junho de 2015. Alterações do Seguro-Desemprego. Altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego e o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº10.779, de 25 de novembro de 2003, que dispõe sobre o seguro-desemprego para o pescador artesanal, e nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social; revoga dispositivos da Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, e as Leis nº 7.859, de 25 de outubro de 1989, e nº 8.900, de 30 de junho de 1994; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_Lei nº 13.429/2017. Lei de Trabalho Temporário. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.

\_\_\_\_\_Ministério da Previdência Social. Auxílio-doença: comum ou acidente de trabalho?. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/diferenca-entre-auxilio-doenca-comum-e-por-acidente-de-trabalho/>. Acesso em: 06 de novembro de 2015.

BRASIL. PEC 287/2016. Reforma da Previdência Social. Altera os arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências.



BRASIL. Portaria Interministerial MPAS/MS nº. 2.998 de 23 de agosto de 2001. Acesso em: 01 jun 2017.

BRASIL. Previdência Social. **Perguntas Frequentes**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/perguntas-frequentes/previdencia-social/>. Acesso em: 14 de maio de 2017.

Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - DIEESE. **A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Conceitos. In: **Indicadores Sociais Mínimos**.

Organização Internacional do trabalho – OIT. **A prevenção das Doenças Profissionais**. Tradução em língua portuguesa: ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho. Abril de 2013.

**Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD) 2016**. Disponível em: <http://br.advfn.com/indicadores/pnad/2016>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.